

## 感染症証明書の提出について

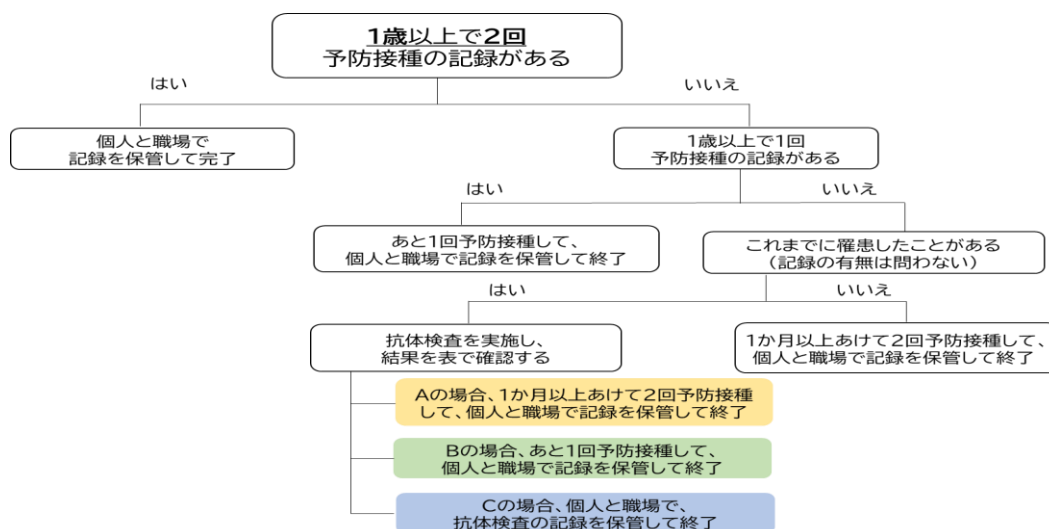
本院では感染対策の一環として、感染症ワクチン接種歴、抗体検査結果等の提出をお願いしています。また基準を満たさない場合はワクチン接種を推奨しています。実習される皆様を種々の感染症から守るだけでなく、患者様への感染源とならないようにするためにご協力をお願い致します。

なお、個人情報とは本学保健管理室および病院感染対策室が共有し、原則として第三者に開示いたしません。ただし、院内感染において緊急を要する場合、本人の同意を得ることが困難であるときは例外的に第三者に開示することがあります。

### 感染症証明書（実習生）（別紙）作成についての注意事項

【麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎について】

- ① 1歳以上のワクチン接種歴を記入してください。本院では2回の接種証明が必要です。2回の接種歴が証明できない場合は、以下のフローチャートに従い対応してください。
- ② 抗体検査を行う場合は、全て EIA法 で実施してください。



	A:あと2回接種が必要	B:あと1回接種が必要	C:今すぐの接種は不要
麻疹	EIA法 (IgG) 2.0 未満	EIA法 (IgG) 2.0 以上 16.0 未満	EIA法 (IgG) 16.0 以上
風疹	EIA法 (IgG) 2.0 未満	EIA法 (IgG) 2.0 以上 8.0 未満	EIA法 (IgG) 8.0 以上
流行性耳下腺炎	EIA法 (IgG) 2.0 未満	EIA法 (IgG) 2.0 以上 4.0 未満	EIA法 (IgG) 4.0 以上
水痘	EIA法 (IgG) 2.0 未満	EIA法 (IgG) 2.0 以上 4.0 未満	EIA法 (IgG) 4.0 以上

(参照：日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン第4版」)

- ③ 母子手帳や医療機関の接種記録の添付は必要ありません。医師が母子手帳や医療機関の接種記録を確認の上、感染症証明書（実習生）に記載し、署名と印をお願いいたします。

※場合により母子手帳や接種記録の写しの提出を求めることもあります。

- ④ 疾患のワクチンは、全て生ワクチンですので、妊娠中や免疫機能に異常がある場合、あるいはアレルギーなど、健康状態悪化が危惧される場合は、接種できませんのでご注意ください。また、その旨を記載して下さい。
- ⑤ 実習期間中に感染症が発生した場合、免疫不十分の方の実習を制限する可能性があります。

### 【結核】

実習開始前1年以内の胸部レントゲンで異常がないことを確認して下さい。

### 【インフルエンザ】

冬期（12月～3月）に実習が行われる場合は、インフルエンザワクチンの接種を推奨します。

### 【問い合わせ】

大阪医科薬科大学 保健管理室 072-684-6550（直通）

（2026年4月1日）

感染症証明書（実習生）

氏 名		生年月日	年 月 日	
学校名・所属		年 齢	歳	男 ・ 女
本学での実習部署				

【麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘】

- ① 1 歳以上のワクチン接種歴 2 回、あるいは抗体検査結果が“基準値以上”であることが必要です。  
 ② ワクチン接種歴が2回ある場合は、抗体検査結果は必要ありません。  
 ③ ワクチン接種歴が2回ない場合は、1～2 回接種する、あるいは“基準値以上”の抗体検査結果を示してください。  
 ④ 抗体検査の測定法は EIA/IgG 法をお願いします。他測定法は認めていません。

	ワクチン接種歴 (西暦yy/mm/dd)		抗体検査結果(EIA/IgG 法) ※他の測定法は認めていません		基準値
麻疹	1 回目	/ /	実施日 (西暦yy/mm/dd)	/ /	
	2 回目	/ /	抗体価		16.0 以上
風疹	1 回目	/ /	実施日 (西暦yy/mm/dd)	/ /	
	2 回目	/ /	抗体価		8.0 以上
流行性耳 下腺炎	1 回目	/ /	実施日 (西暦yy/mm/dd)	/ /	
	2 回目	/ /	抗体価		4.0 以上
水痘	1 回目	/ /	実施日 (西暦yy/mm/dd)	/ /	
	2 回目	/ /	抗体価		4.0 以上

- ☐ 抗体検査結果は基準値以下ですが、接種不適当者のため(アナフィラキシー、免疫不全、妊娠など)、接種できない。  
☐ 接種不適当者ではないが接種できない。  
 (理由: \_\_\_\_\_ )

【結核】胸部レントゲンは必須事項です。

	検査日	検査結果
胸部レントゲン(1 年以内)	年 月 日	異常有 ・ 異常無

【インフルエンザ】冬期(12 月～3 月)に実習が行われる場合のみ記入して下さい。

	接種日
インフルエンザワクチン	年 月 日

上記のとおり相違なく、貴学での実習には問題ないと判断します。

年 月 日 医師(学校医)名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

機 関 名 \_\_\_\_\_

感染対策室	保健管理室