**神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書**

**別紙2**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |

性別　　　　　　　 　生年月日(西暦）　　　 学校、病院名等名称　　　 　種別（受託実習、研修等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 男　・　女 | 年　　月　　日 |  |  |

【注意事項】

① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。

② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。

③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　年　　　月　　　　日 　　　　　　医療機関名

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

**1．B 型肝炎ワクチン 3 回接種あるいは抗体価上昇の確認**

**1シリーズ接種しても基準値未満（0～9.9 mIU/mL）の場合は、もう1シリーズ接種し**、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください（実習等開始日までに接種が終了しない場合は、終了を待たずに本証明書を提出し、その旨ご連絡ください。残りの接種歴は接種完了後に接種証明書もしくは領収書等を提出してください）。



**２. ワクチン接種（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）**

**別紙2**

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること**※1**、あるいは ②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」**※2** を満たすこと、を｢十分な免疫を獲得したもの｣として定義しています。下記一覧に従い、**必要に応じて追加接種を行ったうえ**、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。



**記入見本**

**神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | ソウリン　 　　ハナコ |
| 氏名 | 総臨　　花子 |

性別　　　　　　　 生年月日(西暦）　　　　学校、病院名等名称　　　 　種別（受託実習、研修等）

学校保健センターもしくは医師による証明が難しい場合は、

母子手帳や領収書等の写しの提出が必要です。（原本は不要です。）

1998 　　4　　25

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 男　・　女 | 年　　月　　日 | 臨床教育大学 | 受託実習 |

【注意事項】

① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。

② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。

③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

**神戸内科**

**医院病院**

**長之印**

神戸　太郎

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

神戸内科医院

2021 　　　　3　　　　25

　　　　　　　年　　　月　　　　日 　　　　　　医療機関名

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

学校保健センターもしくは所属機関から発行される

抗体価証明書類に医師等の署名または記名・押印が

ある場合は、「別紙参照」と記入ください。

**1．B 型肝炎ワクチン 3 回接種あるいは抗体価上昇の確認**

**1シリーズ接種しても基準値未満（0～9.9 mIU/mL）の場合は、もう1シリーズ接種し**、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください（実習等開始日までに接種が終了しない場合は、終了を待たずに本証明書を提出し、その旨ご連絡ください。残りの接種歴は接種完了後に接種証明書もしくは領収書等を提出してください）。



2017 　　　　　　4　　　　　　　6

2017 　　　　　　5　　　　　　 19

2017 　　　　　10 　　　　　13

✓

✓

1000

2017

11 　27

**２. ワクチン接種（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）**

**記入見本**

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること**※1**、あるいは ②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」**※2** を満たすこと、を｢十分な免疫を獲得したもの｣として定義しています。下記一覧に従い、**必要に応じて追加接種を行ったうえ**、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。

