

# 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	
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)。

		1シリーズ目 ワクチン接種日			
1回目		(西暦)	年	月	日
2回目		(西暦)	年	月	日
3回目		(西暦)	年	月	日
		抗体価検査			
B型 肝炎	検査日	検査方法 ※下記以外の方法は 不可	結果 複数回検査している場合は、 高い値を記載し判定すること (最大2シリーズで終了)	基準値 未満	基準値 以上
	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法		検査後に 1シリーズ 接種	対応不要
		<input type="checkbox"/> CLIA法			
		<input type="checkbox"/> RIA法			
		<input type="checkbox"/> CLEIA法			
		<input type="checkbox"/> 0~9.9	<input type="checkbox"/> 10以上		
		2シリーズ目 ワクチン接種日			
1回目		(西暦)	年	月	日
2回目		(西暦)	年	月	日
3回目		(西暦)	年	月	日

## 2. ワクチン接種（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）

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。

	①2回のワクチン接種歴がある※1		②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす(検査前のワクチン接種歴が1回以下)※2					必要な追加対応 (左記)に従い、 検査後の接種日を 記載すること
	検査日		検査方法 (下記以外の 方法は不可)	検査結果	陰性	陽性		
					基準値未満	基準値以上		
					必要な追加対応※2			
				合計2回に なるよう接種	検査後に 1回接種	対応不要		
麻疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~15.9	<input type="checkbox"/> 16以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> PA法	<input type="checkbox"/> 16未満	<input type="checkbox"/> 16~128	<input type="checkbox"/> 256以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> NT (中和法)	<input type="checkbox"/> 4未満	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
風疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> HI法	<input type="checkbox"/> 8未満	<input type="checkbox"/> 8~16	<input type="checkbox"/> 32以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法 (フェンカ生研)	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~7.9	<input type="checkbox"/> 8以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法 (IU)	<input type="checkbox"/> ΔA0.100未満	<input type="checkbox"/> 30IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 30IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> ELFA法	<input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 45IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> LTI法	<input type="checkbox"/> 6IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 6I~29.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 30IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> CLEIA法 (IU)	<input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 45IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> CLEIA法 (抗体価)	<input type="checkbox"/> 抗体価 4未満	<input type="checkbox"/> 抗体価 4~13.9	<input type="checkbox"/> 抗体価 14以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> FIA法 (AD)	<input type="checkbox"/> 抗体価 1.0AI未満	<input type="checkbox"/> 抗体価 1.0~2.9AI	<input type="checkbox"/> 抗体価 3.0AI以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
水痘	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> IAHA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> NT (中和法)	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
流行性 耳下 腺炎	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	

## 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)
男・女	1998年 4月 25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。

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。)

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 神戸 太郎

神戸  
内科  
病院  
院長  
印

2021年 3月 25日

医療機関名 神戸内科医院

※ 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)。

1シリーズ目 ワクチン接種日				
1回目	(西暦)	2017	年 4 月 6 日	
2回目	(西暦)	2017	年 5 月 19 日	
3回目	(西暦)	2017	年 10 月 13 日	
抗体価検査				
検査日	検査方法 ※下記以外の方法は 不可	結果 複数回検査している場合は、 高い値を記載し判定すること (最大2シリーズで終了)	基準値 未満	基準値 以上
			検査後に 1シリーズ 接種	対応不要
(西暦)2017年 11月27日	<input type="checkbox"/> EIA法	1000	<input type="checkbox"/> 0~9.9	<input checked="" type="checkbox"/> 10以上
	<input checked="" type="checkbox"/> CLIA法			
	<input type="checkbox"/> RIA法			
	<input type="checkbox"/> CLEIA法			
2シリーズ目 ワクチン接種日				
1回目	(西暦)	年	月	日
2回目	(西暦)	年	月	日
3回目	(西暦)	年	月	日

2. ワクチン接種（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）

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。

	①2回のワクチン接種歴がある※1		②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす(検査前のワクチン接種歴が1回以下)※2					必要な追加対応 (左記)に従い、 検査後の接種日を 記載すること
	検査日		検査方法 (下記以外の 方法は不可)	検査結果	陰性	陽性		
					基準値未満	基準値以上		
	●十分な免疫を獲得していると判断できるので抗体価検査は不要 ●当院では3回以上の接種は求めない	●検査せず①2回のワクチン接種でもよい ●検査前のワクチン接種歴は①に記載			合計2回になるよう接種	検査後に1回接種	対応不要	
麻疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3日 (西暦) 2015 年 3月 13日	<input checked="" type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> PA法 <input type="checkbox"/> NT (中和法)		<input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 16未満 <input type="checkbox"/> 4未満	<input type="checkbox"/> 2~15.9 <input type="checkbox"/> 16~128 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 16以上 <input type="checkbox"/> 256以上 <input type="checkbox"/> 8以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
風疹	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5日	<input type="checkbox"/> HI法 <input checked="" type="checkbox"/> EIA法 (デッパ生研) <input type="checkbox"/> EIA法 (IU) <input type="checkbox"/> ELFA法 <input type="checkbox"/> LTI法 <input type="checkbox"/> CLEIA法 (IU) <input type="checkbox"/> CLEIA法 (抗体価) <input type="checkbox"/> FIA法 (AI) <input type="checkbox"/> FIA法 (IU) <input type="checkbox"/> CLIA法	0.2未満	<input checked="" type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~7.9 <input type="checkbox"/> 30IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 6I~29.9IU/mL <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 抗体価 4~13.9 <input type="checkbox"/> 抗体価 1.0~2.9AI <input type="checkbox"/> 10~29.9IU/mL <input type="checkbox"/> 10~24.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 8~16 <input type="checkbox"/> 32以上 <input type="checkbox"/> 8以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 抗体価 14以上 <input type="checkbox"/> 抗体価 3.0AI以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 25IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5日 (西暦) 2021 年 3月 5日
水痘	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5日	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> IAHA法 <input type="checkbox"/> NT (中和法)	5.6	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
流行性 耳下 腺炎	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5日	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法	3.5	<input type="checkbox"/> 2未満	<input checked="" type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5日 (西暦) 年 月 日