

## 免疫に関する証明書(Immunization Record)

学籍番号 / 教職員番号	(学生)研究科・学年 / (教職員)所属	氏名(フリガナ)

**【麻疹, 流行性耳下腺炎, 風疹, 水痘:MMRV】** 各疾患ごとに(1)または(2)のどちらかを選択して記載してください。

(1) 予防接種歴 2 回

接種日(西暦)	麻疹	流行性耳下腺炎	風疹	水痘
接種日①	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
接種日②	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

(2) 抗体検査と結果に応じた予防接種歴 ※(1)で 2 回分のワクチン接種が記載できた疾患については(2)は記載不要

項目	麻疹	流行性耳下腺炎	風疹	水痘
検査日(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査法(○をつける)	IgG(EIA 法)・中和法(NT 法)	IgG(EIA 法)	IgG(EIA 法)・HI 法	IgG(EIA 法)・IAHA 法
測定値				
結果(○をつける)	陰性・陽性・強陽性	陰性・陽性・強陽性	陰性・陽性・強陽性	陰性・陽性・強陽性
検査後接種①(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査後接種②(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

**【B 型肝炎】** 診療や手術, 検査や研究(血液や体液に触れる侵襲的処置, 採血, 検体取り扱い)など, 血液曝露の恐れがある臨床業務に従事していますか?(従事予定の方も含む)

はい → 下記(1)・(2)へ    いいえ → 下記の B 型肝炎に関する記載は不要です。

(1) 基礎接種 3 回

項目	基礎接種①	基礎接種②	基礎接種③	不明な場合
接種日(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年頃

(2) HBs 抗体価が 10mIU/ml 以上になったときの検査日・検査法・測定値を記載してください。

検査日(西暦)	検査法(○をつける)	測定値
年 月 日	CLEIA 法・CLIA 法	mIU/ml

(注) HBs 抗体価が 10mIU/ml 未満の場合, B 型肝炎に対する免疫が不十分な可能性があります。B 型肝炎ワクチン追加接種について医師と相談し, 対応した上で本書類を提出してください。なお, ワクチン追加接種を行っても HBs 抗体価が 10mIU/ml 以上にならない方(ワクチン不応者), 妊娠中やアレルギー等で予防接種が受けられない方についてはその旨を備考欄に記載して提出してください。

備考:

上記の通り, 相違ないことを証明する。 (西暦)      年      月      日      医療機関名, 住所 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">医師名</div>	※ 第三者による証明が必要なため, 医師の資格を持っていても自分で自分の証明書を記載することは認められません。 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">⑩</div>
--	--

## 免疫に関する証明書(Immunization Record) 説明書

### ご本人へ

- 本証明書(原本)は、院内感染があった際やご自身が入学や留学、就職、転職する際にも必要となる重要な免疫に関する証明(Immunization Record)となります。原本は母子健康手帳(親子手帳)や各抗体検査結果、各ワクチン証明書とともに大切に保存してください。
- 当院では証明書の「写し(PDF)」を提出していただきますので、原本紛失に関しての問い合わせには対応しておりません。各自で提出いただいた PDF ファイルを保存することもお勧めします。
- 本書類は MMRV(全員)・B 型肝炎(該当する方のみ)の就業基準を満たしていないと提出できません。下記【当院の就業基準】を参照し、満たしていない場合にはできるだけ早く対応してください。
- B 型肝炎ワクチン基礎接種完了後または追加接種後に一度も HBs 抗体価が 10mIU/ml 以上になったことがない場合は、できるだけ早くワクチン追加接種について医師と相談してください。追加接種をしても HBs 抗体価が 10mIU/ml 以上にならない方(ワクチン不応者)、妊娠中、アレルギー等で予防接種を受けられない方は、証明書備考欄にその旨を記載してもらってください。
- すでに信濃町キャンパスで勤務している方の場合、受診資格により下記外来でワクチン接種が予約できます。
  - ① 感染症外来(予約制 月 8 回 火・金 11:30~12:00)  
<http://www.hosp.keio.ac.jp/annai/shinryo/infect/gairaihyo/>  
 対象者:限定なし 予約:外来予約窓口 内線 62081(平日 14:00~16:30)
  - ② 保健管理センターワクチン外来(予約制 6~8 月, 11~3 月 月1回)  
<http://www.hcc.keio.ac.jp/ja/clinic/vaccinations.html>  
 対象者:信濃町地区の慶應義塾健保加入者、非常勤助教(専修医(診療支援)・教育(丙)・育児支援・臨床実習(丙)・研究奨励の方)、信濃町キャンパス所属の学生  
 予約:保健管理センター窓口 2 号館 2 階(平日 8:30~17:00)

Immunization Record (English)

<http://www.hcc.keio.ac.jp/en/admissions/assets/files/shinano-immunizationr.pdf>

### 医療機関の方へ

本証明書は本人の母子健康手帳(親子手帳)、抗体検査結果、ワクチン接種証明書を参照し、当院の就業基準を満たしていることを確認した上で作成してください。

#### 【当院の就業基準】

<MMRV> それぞれの感染症について下記条件①~③のうち、いずれかを満たすこと。

- ① 過去2回の予防接種歴を証明できる。
- ② 過去1回の抗体検査(検査年度は問わない)陽性の結果とその後1回の予防接種歴を証明できる。
- ③ 過去1回の抗体検査(検査年度は問わない)で強陽性を証明できる。

《血液や体液で汚染された器具や医療廃棄物の取り扱い、血液や体液に触れる治療、採血、検査、検体取り扱いなど、血液曝露の恐れがある業務、研究に従事する方のみ》

<B 型肝炎> 下記の条件をすべて満たすこと。

- ① B 型肝炎ワクチン基礎接種または追加接種が済んでいる。
- ② 抗体検査で感染防御能を有すると判断される抗体価を証明できる(CLEIA 法または CLIA 法 10mIU/mL 以上)。

※ MMRV の陰性・陽性・強陽性の定義は下記の表を参照ください。

※ 抗体検査は次の方法のみ有効とします。

麻疹:IgG(EIA 法)もしくは中和法(NT 法) 流行性耳下腺炎:IgG(EIA 法) 風疹:IgG(EIA 法)もしくは HI 法

水痘:IgG(EIA 法)もしくは IAHA 法

疾患名	抗体価		陰性		陽性		強陽性	
	EIA 法	その他	EIA 法	その他	EIA 法	その他	EIA 法	その他
麻疹	2.0 未満	NT 法:4 倍未満	2.0-15.9	NT 法:4 倍	16.0 以上	NT 法:8 倍以上		
流行性耳下腺炎	2.0 未満	-	2.0-3.9	-	4.0 以上	-		
風疹	2.0 未満	HI 法:8 倍未満	2.0-7.9	HI 法:8-16 倍	8.0 以上	HI 法:32 倍以上		
水痘	2.0 未満	IAHA 法:2 倍未満	2.0-3.9	IAHA 法:2 倍	4.0 以上	IAHA 法:4 倍以上		
予防接種対応	検査後 2 回の予防接種		検査後 1 回の予防接種		予防接種不要			

## 免疫に関する証明書(Immunization Record) 【記載例】

学籍番号 / 教職員番号	(学生)研究科・学年 / (教職員)所属	氏名(フリガナ)
〇〇〇〇〇 (学生 8 桁・教職員 6 桁)	●●●●●●科	慶應 太郎

<MMRV> 予防接種記録 2 回とも証明できる→(1)を記載 それ以外(予防接種の記録がない・接種が 1 回のみ・接種したことがない)→(2)を記載  
**【麻疹, 流行性耳下腺炎, 風疹, 水痘:MMRV】** 各疾患ごとに(1)または(2)のどちらかを選択して記載してください。

(1) 予防接種歴 2 回 接種記録 2 回あり:接種日を 2 回分記載

接種日(西暦)	麻疹	流行性耳下腺炎	風疹	水痘
接種日①	1992 年 5 月 15 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
接種日②	1999 年 3 月 13 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

(2) 抗体検査と結果に応じた予防接種歴 ※(1)で 2 回分のワクチン接種が記載できた疾患については(2)は記載不要

項目	麻疹	流行性耳下腺炎	風疹	水痘
検査日(西暦)	年 月 日	2012 年 8 月 18 日	2013 年 2 月 3 日	2023 年 6 月 3 日
検査法(○をつける)	IgG(EIA 法)・中和法(NT 法)	IgG(EIA 法)	IgG(EIA 法)・HI 法	IgG(EIA 法)・IAHA 法
測定値		5.3	6.5	2 倍未満
結果(○をつける)	陰性・陽性・強陽性	陰性・陽性・ <b>強陽性</b>	陰性・ <b>陽性</b> ・強陽性	<b>陰性</b> ・陽性・強陽性
検査後接種①(西暦)	年 月 日	年 月 日	2023 年 5 月 1 日	2023 年 6 月 8 日
検査後接種②(西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	2023 年 8 月 8 日

抗体が強陽性:追加の予防接種不要 抗体が陽性もしくは陰性:検査日より後の予防接種(1 回もしくは 2 回)の記録が必要  
**【B 型肝炎】** 診療や手術, 検査や研究(血液や体液に触れる侵襲的処置, 採血, 検体取り扱い)など, 血液曝露の恐れがある  
 臨床業務に従事していますか?(従事予定の方も含む)

はい → 下記(1)・(2)へ いいえ → 下記の B 型肝炎に関する記載は不要です。

(1) 基礎接種 3 回 接種日が不明な場合は接種した年のみ記載

項目	基礎接種①	基礎接種②	基礎接種③	不明な場合
接種日(西暦)	2011 年 6 月 11 日	2011 年 8 月 5 日	2012 年 2 月 3 日	年頃

(2) HBs 抗体価が 10mIU/ml 以上になったときの検査日・検査法・測定値を記載してください。

検査日(西暦)	検査法(○をつける)	測定値
2012 年 4 月 10 日	<b>CL</b> EIA 法・CLIA 法	456 mIU/ml

10mIU/ml 以上の記録のみ記載

(注) HBs 抗体価が 10mIU/ml 未満の場合, B 型肝炎に対する免疫が不十分な可能性があります。B 型肝炎ワクチン追加接種について医師と相談し, 対応した上で本書類を提出してください。なお, ワクチン追加接種を行っても HBs 抗体価が 10mIU/ml 以上にならない方(ワクチン不応者), 妊娠中やアレルギー等で予防接種が受けられない方についてはその旨を備考欄に記載して提出してください。

備考: 医療機関での証明が必要  
第三者による証明が必要なため, 医師の資格を持っていても自分で自分の証明書を記載することは認められません

上記の通り, 相違ないことを証明する。 ※ 第三者による証明が必要なため, 医師の資格を持っていても自分で自分の証明書を記載することは認められません。

(西暦) 2023 年 10 月 10 日 医療機関名, 住所 □□□□□診療所

医師名 慶應 花子 