別添4

**小児ウイルス疾患ワクチン抗体価検査および予防接種実施証明書**

フリガナ

氏名：

■抗体検査結果　下表１～3にご記入ください。3は該当する検査方法に☑をつけてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査項目 | 1.検査実施日（西暦） | 2.検査方法 | 3.抗体価 | 参考：ワクチン不要抗体価 |
| 麻疹 | 年　　月　　日 | □NT  □PA  □EIA  □不明 |  | NT：8倍以上  PA：256倍以上  EIA：16.0以上 |
| 風疹 | 年　　月　　日 | □HI  □EIA  □不明 |  | HI：32倍以上  EIA：8.0以上 |
| 水痘 | 年　　月　　日 | □EIA  □IAHA  □NT  □不明 |  | EIA：4.0以上  IAHA：4倍以上  NT：4倍以上 |
| 流行性  耳下腺炎  （ムンプス） | 年　　月　　日 | □EIA  　□不明 |  | EIA：4.0以上 |

＊当院では、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2版に準じてワクチン接種の判定を行っています。

■予防接種実施状況

抗体検査が陰性または当センター基準を満たさない抗体価陽性の場合、下記ワクチンの接種が必要となります

\*ワクチン実施の有無、接種回数を○で囲み、最終実施日を記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種項目 | ワクチン実施の有無 | |  | 最終年月日（西暦） |
| 麻疹ワクチン | 有 | 無 | 1回・2回 | 年　　月　　日 |
| 風疹ワクチン | 有 | 無 | 1回・2回 | 年　　月　　日 |
| 水痘ワクチン | 有 | 無 | 1回・2回 | 年　　月　　日 |
| ムンプスワクチン | 有 | 無 | 1回・2回 | 年　　月　　日 |

上記の抗体検査結果および予防接種実施について証明します。

西暦　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名