

令和7年4月1日

病院見学者 様

琉球大学病院
総合臨床研修・教育センター長

病院見学に関する麻疹・風疹・水痘・ムンプス
ワクチン接種記録及び抗体価の確認について（依頼）

平成30年度の麻疹流行の中で、患者との接触で感染した事例がありました。私たち医療従事者が感染源とならないよう、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3版」を基にワクチン接種記録の有無を確認しております。

ついては、見学開始2週間前までに、下記のとおり対応していただき、ワクチン接種・抗体価検査調査表を提出していただきますようよろしくお願いいたします。

記

● 麻疹・風疹・水痘・ムンプスワクチンの2回接種完了

【注意事項】

- 1) 抗体価検査結果は見学の半年前以降に実施したものから有効とします。
- 2) 「かかったことがある」という記憶は証明として認められないため、必ず接種歴（2回）が必要です。
- 3) ワクチン接種等に関する費用については、自己負担となります。
- 4) ワクチン接種回数が規定回数を満たしていない場合や、記録が確認できない場合には、見学をお断りする可能性があります。その際、航空券のキャンセル料等につきましては自己負担となります。
- 5) ワクチン接種記録：予診票の写しまたは接種証明書の写し、母子手帳の写し。
（ワクチン接種日時及びロットナンバーの記録があること）

琉球大学病院 総合臨床研修・教育センター
〒901-2725 沖縄県宜野湾市字喜友名 1076 番地
TEL：098-894-1391（医科研修） 098-894-1392（歯科研修）
Mail：kensyu@acs.u-ryukyu.ac.jp

琉球大学病院の見学を希望される皆様へ

麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘ワクチンについて

病院は多数の人が集まる場所で感染症罹患や広がるリスクが高い場所です。また入院中の患者さんは新たな感染症にかかることにより状態が悪くなるリスクが非常に高い方々です。当院では患者さんや同僚、なによりご自身を守るため、見学日2週間前までに麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘ワクチンの2回接種を完了の確認を行っています。

1. 記入上の注意事項と提出書類について

- 麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘それぞれについて、フローチャートを確認した上で、「麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘ワクチン接種・抗体価記入表」に自身のワクチン接種歴・抗体価結果を記入し、各証明書類を添付してください。
- 証明書類を「ワクチン接種・抗体検査調査表」に添付し、提出してください。
- 各証明書類は下記内容が記載されていることを確認の上、添付・提出してください。

	証明書の種類	注意事項
ワクチン接種歴	● 母子健康手帳（コピー） ● ワクチン接種問診表（コピー）	ワクチンの種類、接種日が明記されていること
抗体価結果	● 医療機関や、学校（施設）が発行する書類	抗体価の数値、検査方法、検査日が明記されていること

※提出された書類は返却不可のため、コピーを提出してください

2. その他

- ワクチン接種は接種間隔を1ヵ月あけなければならないものもある為十分な余裕をもって受けてください。
- 2回接種歴が確認できないまたは記録がないワクチンがあれば、見学日2週間前までにワクチンを接種して2回接種を完了させ、接種日を記載してください。
- ワクチン接種禁忌者（ワクチン接種不適当者）はその旨を備考欄に記入してください。
また抗体価検査を実施の上、抗体価を証明できる書類を添付してください。

ワクチン接種回数が規定回数を満たしていない場合や、記録が確認できない場合は、見学をお断りする可能性があります。

麻疹・風疹・流行性耳下腺炎

- MR は麻疹、風疹それぞれ 1 回接種、MMR は麻疹、風疹、流行性耳下腺炎 1 回とカウントします
- ワクチン接種禁忌者（ワクチン接種不適当者）はその旨を備考欄に記入し、抗体価検査を実施の上、抗体価を証明できる書類を添付してください

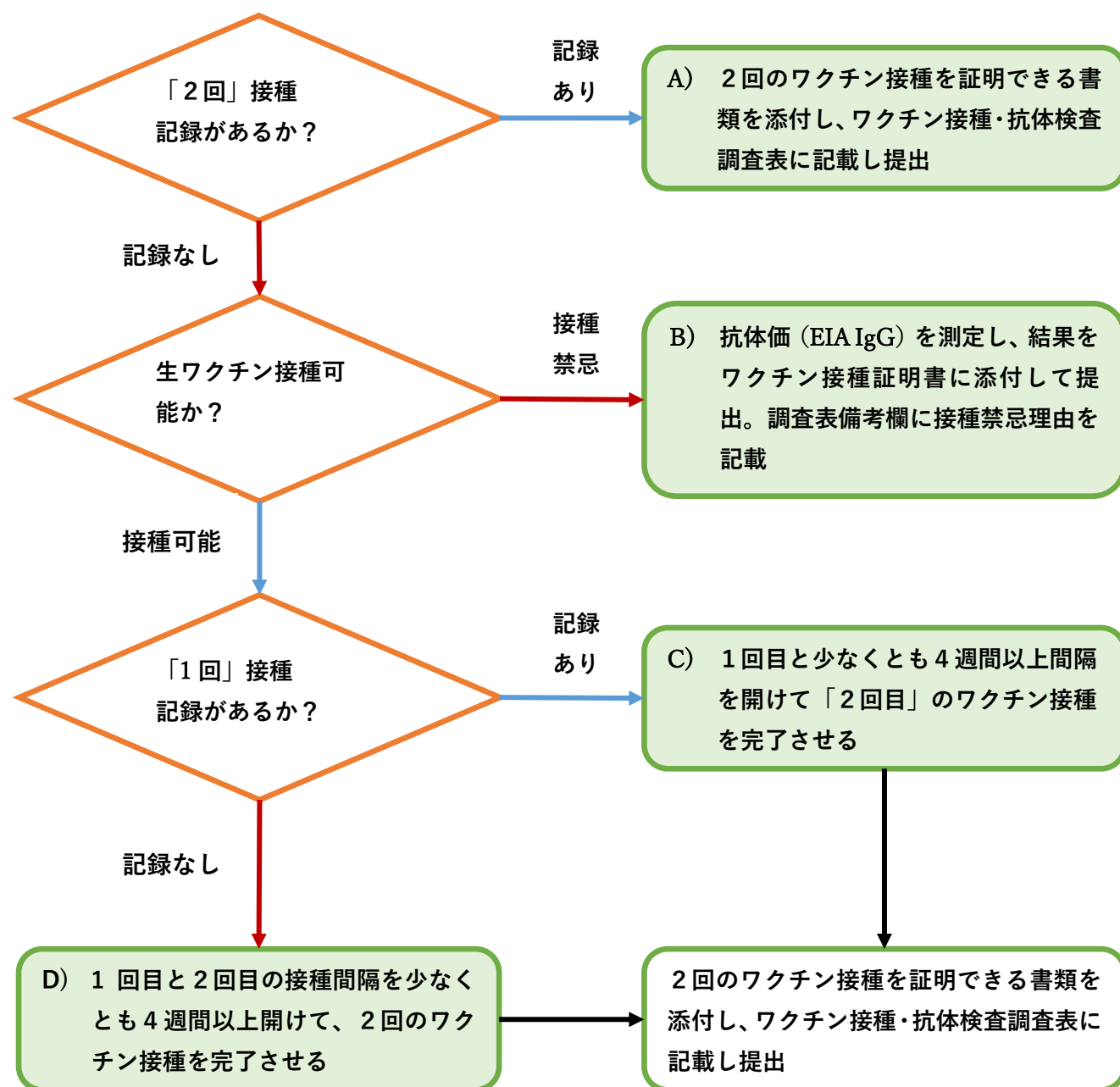


図 1. 麻疹・風疹・流行性耳下腺炎ワクチン フローチャート

水痘

- ワクチン接種禁忌者（ワクチン接種不适当者）はその旨を備考欄に記入し、抗体価検査を実施の上、抗体価を証明できる書類を添付してください

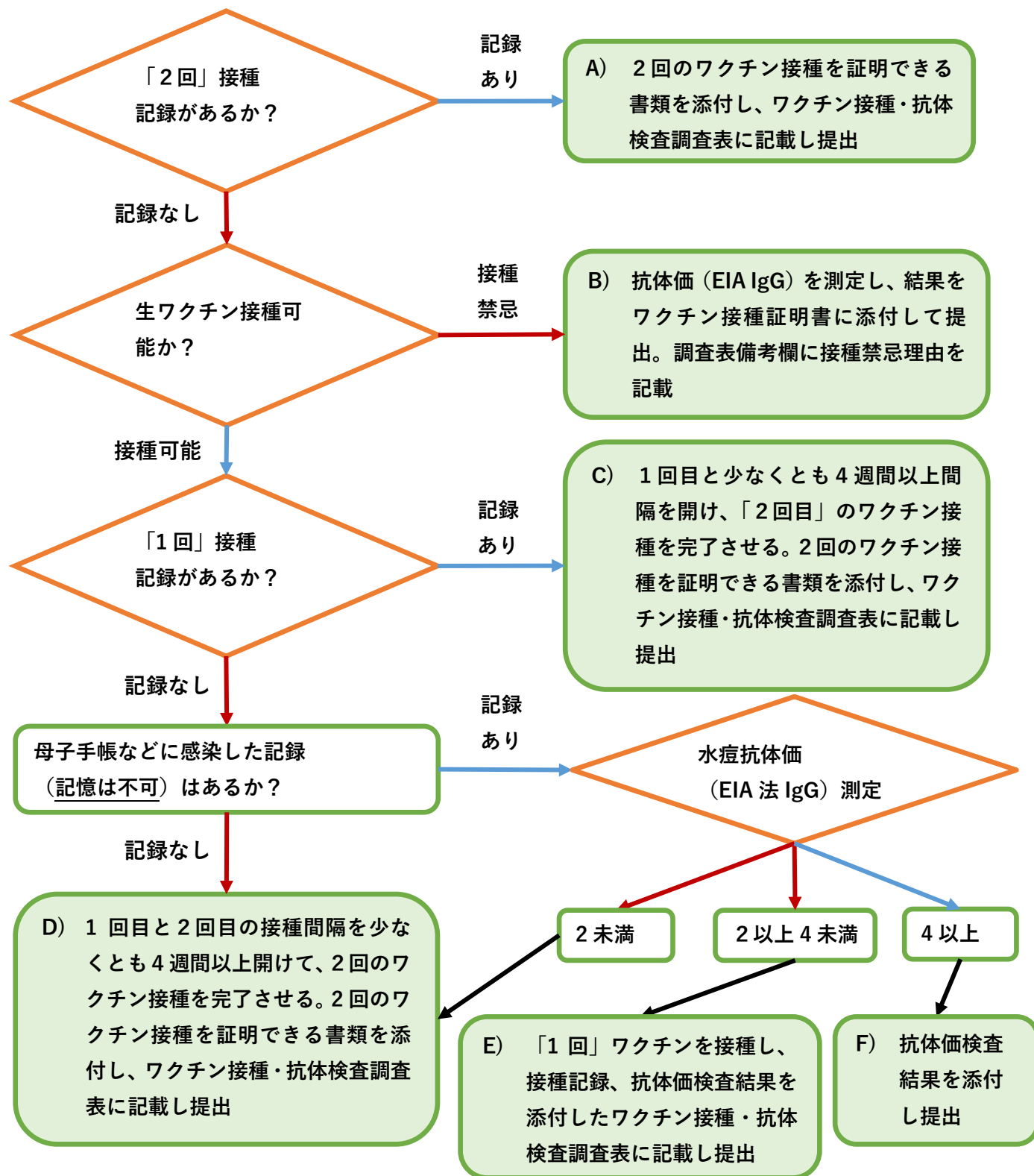


図 2.水痘ワクチン フローチャート

ワクチン接種・抗体検査調査表

麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘の
証明書をこの用紙とあわせて添付して提出

麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘

フリガナ		本資料記載日	西暦	年	月	日
氏名		生年月日	西暦	年	月	日

- <注意事項>
- フローチャートを確認した上で、以下（記入表）内の【フローチャート】欄へ A～F のいずれに該当するかを項目ごとに明記し、必要に応じた各証明書類を提出してください。
 - 抗体価検査を実施する場合、EIA 法で測定してください。（EIA 法以外の検査方法は無効です）。

（麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘ワクチン接種歴・抗体価記入表）

項目		麻疹	風疹	流行性耳下腺炎	水痘
フローチャート (A～Fのいずれかを明記)		()	()	()	()
ワクチン 1回目	接種日（西暦）	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	種類（該当するものに○）	・ 麻疹単独 ・ MR ・ MMR	・ 風疹単独 ・ MR ・ MMR	・ ムンプス単独 ・ MMR	・ 水痘単独
ワクチン 2回目	接種日（西暦）	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	種類（該当するものに○）	・ 麻疹単独 ・ MR ・ MMR	・ 風疹単独 ・ MR ・ MMR	・ ムンプス単独 ・ MMR	・ 水痘単独
抗体価 検査	検査日（西暦）	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	検査法（所定の検査法で実施）	EIA 法	EIA 法	EIA 法	EIA 法
	検査値				
備考欄					

原則ワクチン接種不適当者のみ抗体測定し記載

水痘罹患歴があり、水痘ワクチン 2 回接種完了していない人のみ抗体測定し記載