

# 新入職者 ワクチン接種・感染症検査について

群馬大学医学部附属病院では、新入職者に対し感染症の流行防止のため、「ワクチン接種・感染症状況報告書」の提出を義務付けています。

については、感染症ごとのフローチャート等に従い、ご自身が必要なワクチン接種、抗体価検査を受けていただき、「ワクチン接種・感染症状況報告書」を入職前までに昭和地区事務部総務課人事係へご提出ください。

**\* 必ず最後までお読み下さい。**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| 1. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎…………… | 1 |
| 2. B型肝炎……………             | 4 |
| 3. 結核……………               | 4 |
| 4. ワクチン接種・検査費用の補助……………   | 5 |
| 5. Q & A……………            | 6 |

【様式1】 ワクチン接種・感染症状況報告書

【様式2】 立替払請求書

## 問い合わせ先

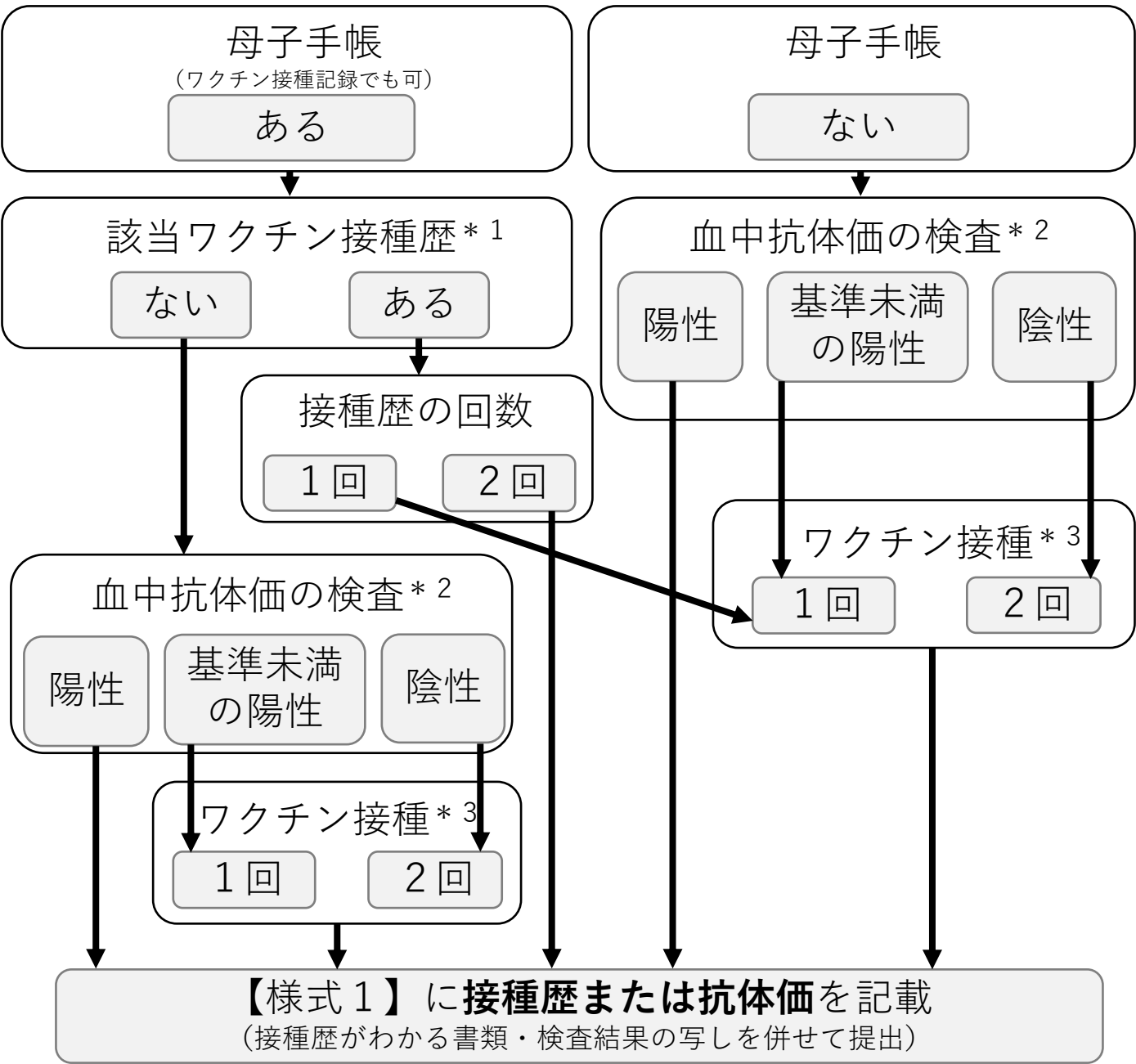
- (1) 感染症ごとのワクチン接種、ご自身が必要な検査について  
群馬大学医学部附属病院 感染制御部  
TEL 027-220-8605
- (2) B型肝炎ワクチン接種について  
昭和地区事務部総務課 労務管理係  
TEL 027-220-7719
- (3) 書類の提出について  
昭和地区事務部総務課 人事係  
TEL 027-220-7716
- (4) ワクチン接種・検査費用の補助に関して  
昭和地区事務部管理運営課 医療物品係  
TEL 027-220-8684



# 1. 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

## (1) ワクチン接種及び必要な検査 フローチャート

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の各感染症について、以下のフローチャートに従い対応してください。



\* 1 ワクチン接種歴から接種年月日が特定できない場合は接種歴とみなしません。母子手帳等による接種記録の写しを【様式1】と共に提出してください。（接種歴の記載が無い場合も、母子手帳の写しを提出し、接種歴が無いことを証明する必要があります）

\* 2 血中抗体価の検査を受検の際は2ページをご確認ください。また、検査結果の写しを【様式1】と共に提出してください。

\* 3 ワクチン接種を受ける際は3ページをご確認ください。当該ワクチンは生ワクチンです。2回以上ワクチン接種をする場合は27日(4週間)以上の間隔をあけて次のワクチンを接種する必要があります。

(2) 血中抗体価の検査

血中抗体価検査の際は以下に示す検査方法に従い受検し、【様式1】に記載及び検査結果の写しをご提出ください。

なお、本院入職内定前までに受検した検査結果であっても、以下に示す検査方法であれば検査日は問いません。ただし、この場合は検査費用の補助は対象外です。

| 検査項目                             | 検査方法*1<br>検査項目毎に<br>いずれかの<br>検査方法で行う | 判定基準*2 |               |         | 費用                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------|---------------|---------|-------------------------|
|                                  |                                      | 陰性     | 基準未満<br>の陽性*3 | 陽性      |                         |
| 麻疹<br>(はしか)                      | IgG-EIA法                             | 2.0未満  | 2.0～15.9      | 16.0以上  | 入職後<br>手続き<br>により<br>補助 |
|                                  | PA法                                  | 1:8以下  | 1:16～1:128    | 1:256以上 |                         |
|                                  | NT法                                  | 1:2以下  | 1:4           | 1:8以上   |                         |
|                                  | ELISA法                               | 150未満  | 150～300       | 301以上   |                         |
| 風疹<br>(3日ばしか)                    | IgG-EIA法                             | 2.0未満  | 2.0～7.9       | 8.0以上   |                         |
|                                  | HI法                                  | 1:4以下  | 1:8～1:16      | 1:32以上  |                         |
|                                  | ELISA法                               | 4.0未満  | 4.0～8.0       | 8.1以上   |                         |
| 水痘<br>(みずぼうそう)                   | IgG-EIA法                             | 2.0未満  | 2.0～3.9       | 4.0以上   |                         |
|                                  | ELISA法                               | 50未満   | 50～100        | 101以上   |                         |
|                                  | IAHA法                                | 1:2未満  | 1:2           | 1:4以上   |                         |
| 流行性<br>耳下腺炎<br>(ムンプス・<br>おたふくかぜ) | IgG-EIA法                             | 2.0未満  | 2.0～3.9       | 4.0以上   |                         |
|                                  | ELISA法                               | 250未満  | 250～500       | 501以上   |                         |

- \* 1 検査項目毎に、検査方法として記載された方法のうちいずれかの方法で、検査を受けてください。記載されていない方法で検査した場合は、費用の補助はなく、再度検査を受検する必要があります。
- \* 2 判定基準は「発症を防ぐために十分な血中抗体価」としてしています。一般的な抗体陽性とされる値より高値なので、ご注意ください。
- \* 3 基準未満の陽性は発症を防ぐには不十分な抗体価です。

(3) ワクチン接種

ワクチン接種の際は以下に示すワクチンから必要なワクチンを接種し、【様式1】に記載の上、接種した事がわかる書類\*1の写しをご提出ください。

なお、入職前までに全てのワクチン接種を実施し終えることが望ましいですが、ワクチン接種を2回以上行う必要がある場合で、入職前までに済ませる事が難しい場合は、1回目のワクチン接種を入職前までに実施し、2回目以降のワクチン接種予定日を【様式1】に記載してください。2回目以降のワクチン接種は入職後2カ月以内に実施してください。接種後は、接種した事がわかる書類\*1の写しを提出してください。

| ワクチン*2*3                                        | 費用          |
|-------------------------------------------------|-------------|
| 麻疹ワクチン<br>(はしか)                                 | 入職後手続きにより補助 |
| 風疹ワクチン<br>(3日ばしか)                               |             |
| 水痘ワクチン<br>(みずぼうそう)                              |             |
| 流行性耳下腺炎ワクチン<br>(ムンプス・おたふくかぜ)                    |             |
| MRワクチン<br>(麻疹ワクチン・風疹ワクチンの2種混合ワクチン)              |             |
| MMRワクチン<br>(麻疹ワクチン・風疹ワクチン・流行性耳下腺炎ワクチンの3種混合ワクチン) |             |

- \* 1 接種した事がわかる書類とは、予診票、予防接種済証明書、ワクチンの種類が記載された領収書等を指します。医療機関名、ワクチンの種類、接種日が記載されていることを確認の上、提出してください。
- \* 2 当該ワクチンは生ワクチンです。同種のワクチンを2回接種する場合は27日(4週間)以上の間隔をあけて次のワクチンを接種します。
- \* 3 病気や体質等によりやむを得ない事情によりワクチン接種ができない場合は、【様式1】にその旨ご記入ください。

## 2. B型肝炎

以下に示す検査項目を受検し、【様式1】に記載及び検査結果の写しをご提出ください。

B型肝炎ワクチンの接種歴がある場合は、【様式1】に記載の上、以下に示す検査項目を受検してください。

なお、本院入職内定前までに受検した検査結果であっても、以下に示す検査方法であれば検査日は問いません。

| 検査項目    | 検査方法*1 | 判定基準       |            | 費用          |
|---------|--------|------------|------------|-------------|
|         |        | 陰性*2       | 陽性         |             |
| HBs抗体検査 | CLIA法  | 10.0未満     | 10.0以上     | 入職後手続きにより補助 |
|         | CLEIA法 | 陰性（10.0未満） | 陽性（10.0以上） |             |

- \*1 検査方法として記載された方法で検査を受けてください。記載されていない方法で検査した場合は、費用の補助はなく、再度検査を受検する必要が生じます。
- \*2 **HBs抗体検査が陰性（過去に陽性になっていない方）の場合は、入職後に群馬大学医学部附属病院で実施するワクチン接種(全3回)を受けることができます。（接種費用：無料）**
- \*3 **B型肝炎ワクチン接種に関する費用は、補助対象外です。**

## 3. 結核

以下に示す検査項目のうち、どちらか1項目を受検し、【様式1】に記載及び検査結果の写しをご提出ください。

なお、本院入職内定前までに受検した検査結果であっても構いません（検査日は問いません）。ただし、この場合は検査費用の補助は対象外です。

| 検査項目*1<br>どちらか1項目を受検                      | 判定基準*1      | 費用          |
|-------------------------------------------|-------------|-------------|
| クオンティフェロン検査<br>（QFT検査）<br>.....<br>T-SPOT | 検査方法の基準値に従う | 入職後手続きにより補助 |

- \*1 判定結果が陽性の場合は、受診医療機関でご相談ください。（自己負担）

## 4. ワクチン接種・検査費用の補助

各感染症毎にワクチン接種・ご自身が必要な検査を行った場合は、入職後に費用の補助を受けることができます。

### (1) 補助の対象となるワクチン接種・検査費用

- ①血中抗体価の検査費用  
(麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎)
- ②ワクチン接種費用  
(麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・MR・MMR)
- ③B型肝炎検査費用  
(HBs抗体検査)
- ④結核検査費用  
(クオンティフェロン検査・T-S P O T)

- \* 新規入職時に別途提出頂く「健康診断」にかかる費用の補助は行いませんので、ご注意ください。
- \* 検査の際は別途指定する検査方法・判定基準に従い受検してください。記載されていない方法で検査した場合は、費用の補助はなく、再度検査を受検する必要が生じます。
- \* 本院入職内定前までに受検した検査・ワクチン接種費用については補助の対象外です。
- \* 院外でB型肝炎ワクチンを接種した際の費用は、補助対象外です。
- \* 1ページ目のフローチャートから外れた対応（指定回数以上のワクチン接種等）は、補助対象外です。

### (2) 補助の請求方法

各感染症毎にワクチン接種・ご自身が必要な検査をすべて受検した後、入職後に、以下の書類を提出先へ送付してください。なお、入金旅費等の支払い口座と同じ口座へ振込みます。

- \* 補助の対象となるワクチン接種・検査費用は、ご自身が医療機関にお支払いする必要があります（立替払い）。



#### ①必要書類

- ・立替払請求書【様式2】
- ・補助対象のワクチン接種・検査の**領収書**（原本）
- ・補助対象のワクチン接種・検査の**診療明細書**（原本）
- ・ワクチン接種・検査項目の種類がわかる書類（写し）

- \* 領収書又は診療明細書に、新規入職時に別途提出頂く「健康診断」にかかる費用が合わせて記載されている場合は、健康診断にかかる費用は補助されないため、補助対象のワクチン接種・検査にかかる分のみを立替払請求書【様式2】に記載してください。

#### ②提出先

昭和地区事務部管理運営課医療物品係

## 5. Q & A

### (1) 受診する医療機関について

医療機関の指定はありませんが、ワクチン接種・検査とも群馬大学医学部附属病院では実施していません。

医療機関により実施できる項目が限られる場合があります。その場合は、複数医療機関に受診の上、各医療機関毎に【様式1】を作成する必要がありますので、受診予定の医療機関に事前にお問い合わせされることをお勧めします。

### (2) ワクチン接種・検査費用の目安

公的医療保険の適用外のため、ワクチン接種・検査費用は10割負担になります。また、補助の対象となるワクチン接種・検査費用は、ご自身が医療機関にお支払いする必要があります（立替払い）。受診する医療機関により費用は異なりますが、目安は以下のとおりです。

- ・血中抗体価検査：全体で約12,000円  
（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・B型肝炎）
- ・結核検査：約5,000～6,000円
- ・ワクチン接種：1種類約3,000円～8,000円
- \* 公的医療保険をご使用の場合は、ワクチン接種・検査費用の補助を受ける事ができない場合がありますので、ご注意ください。

### (3) 本院入職内定前までに受検した検査結果の提出について

当院の指定する検査方法であれば、検査日は問いません。【様式1】の記載及び検査結果の写しをご提出ください。

なお、この場合の検査費用に対する補助は行いません。

### (4) 実施すべきワクチン接種が複数種ある場合の同時接種について

ワクチンを同時接種しても、副反応の頻度は上昇しません。また、効果が減弱することもありますので、同時接種をして構いません。

ただし、複数のワクチンを混注することは認められていませんので注意してください。同側の上腕等に接種する際は局所反応がでた場合に重ならないように、注射部位は3cm以上あけて接種します。

### (5) 入職前までにワクチン接種・感染症状況報告書の提出が出来ない場合について

原則として、入職前までに提出が必要です。期日までに提出が無い場合は、職務への制限等を設ける場合があります。提出が遅れる場合は、昭和地区事務部総務課人事係（027-220-7716）へお問い合わせください。

担当者記入欄

## ワクチン接種・感染症状況報告書

No.

(注意) 母子手帳等のワクチン接種記録・検査結果の写し等を提出できる場合に限り、本人が記入して差し支えありません。

本人記入欄

|           |                          |    |   |
|-----------|--------------------------|----|---|
| 採用予定日（西暦） | 年                        | 月  | 日 |
| 所属・係講座    |                          | 職種 |   |
| 生年月日（西暦）  | 年                        | 月  | 日 |
|           | 年齢                       |    | 歳 |
| フリガナ      |                          |    |   |
| 氏 名       | (旧姓： )<br>*旧姓を使用する場合のみ記載 |    |   |

医療機関記入欄 \*医療機関で記入した箇所がある場合のみ記入してください。

|       |    |   |            |
|-------|----|---|------------|
| 証明日   | 年  | 月 | 日          |
| 医療機関名 |    |   |            |
| 代表者氏名 |    |   |            |
| 医師氏名  | 印  |   |            |
| 母子手帳  | あり | ・ | なし（見つからない） |

## 1. 麻疹（はしか）

本人記入欄

|                         |                |   |     |
|-------------------------|----------------|---|-----|
| ワクチン接種歴<br>(母子手帳等ある方のみ) | あり(ワクチン接種日を記入) | ・ | なし  |
|                         | 【1回目】          | 年 | 月 日 |
|                         | 【2回目】          | 年 | 月 日 |

記入者（ 医療機関・ 本人 ） \*丸の記入をお願いします \*ワクチン接種2回済んでいる方は下記は不要です

|         |                    |                         |   |         |        |
|---------|--------------------|-------------------------|---|---------|--------|
| 血中抗体価検査 | 【検査日】              | 年                       | 月 | 日       |        |
|         | 【検査方法】             | IgG-EIA法・PA法・NT法・ELISA法 |   |         |        |
|         | 【抗体価】              |                         |   |         |        |
|         | 【判定】               | 陰性                      | ・ | 基準未満の陽性 | ・      |
| ワクチン接種日 | 【1回目】              | 年                       | 月 | 日       | (済・予定) |
|         | 【2回目】              | 年                       | 月 | 日       | (済・予定) |
|         | ワクチン接種不適当な場合は理由を記載 |                         |   |         |        |

## 2. 風疹（3日ばしか）

本人記入欄

|                         |                     |   |   |   |
|-------------------------|---------------------|---|---|---|
| ワクチン接種歴<br>(母子手帳等ある方のみ) | あり(ワクチン接種日を記入) ・ なし |   |   |   |
|                         | 【1回目】               | 年 | 月 | 日 |
|                         | 【2回目】               | 年 | 月 | 日 |

記入者（ 医療機関・ 本人 ） \* 丸の記入をお願いします \* ワクチン接種2回済んでいる方は下記は不要です

|         |                    |                     |   |         |
|---------|--------------------|---------------------|---|---------|
| 血中抗体価検査 | 【検査日】              | 年                   | 月 | 日       |
|         | 【検査方法】             | IgG-EIA法・HI法・ELISA法 |   |         |
|         | 【抗体価】              |                     |   |         |
|         | 【判定】               | 陰性 ・ 基準未満の陽性 ・ 陽性   |   |         |
| ワクチン接種日 | 【1回目】              | 年                   | 月 | 日（済・予定） |
|         | 【2回目】              | 年                   | 月 | 日（済・予定） |
|         | ワクチン接種不適当な場合は理由を記載 |                     |   |         |

## 3. 水痘（みずぼうそう）

本人記入欄

|                         |                     |   |   |   |
|-------------------------|---------------------|---|---|---|
| ワクチン接種歴<br>(母子手帳等ある方のみ) | あり(ワクチン接種日を記入) ・ なし |   |   |   |
|                         | 【1回目】               | 年 | 月 | 日 |
|                         | 【2回目】               | 年 | 月 | 日 |

記入者（ 医療機関・ 本人 ） \* 丸の記入をお願いします \* ワクチン接種2回済んでいる方は下記は不要です

|         |                    |                       |   |         |
|---------|--------------------|-----------------------|---|---------|
| 血中抗体価検査 | 【検査日】              | 年                     | 月 | 日       |
|         | 【検査方法】             | IgG-EIA法・ELISA法・IAHA法 |   |         |
|         | 【抗体価】              |                       |   |         |
|         | 【判定】               | 陰性 ・ 基準未満の陽性 ・ 陽性     |   |         |
| ワクチン接種日 | 【1回目】              | 年                     | 月 | 日（済・予定） |
|         | 【2回目】              | 年                     | 月 | 日（済・予定） |
|         | ワクチン接種不適当な場合は理由を記載 |                       |   |         |

4. 流行性耳下腺炎（ムンプス・おたふくかぜ）

本人記入欄

|                         |                     |   |   |   |
|-------------------------|---------------------|---|---|---|
| ワクチン接種歴<br>(母子手帳等ある方のみ) | あり(ワクチン接種日を記入) ・ なし |   |   |   |
|                         | 【1回目】               | 年 | 月 | 日 |
|                         | 【2回目】               | 年 | 月 | 日 |

記入者（ 医療機関・ 本人 ） \* 丸の記入をお願いします \* ワクチン接種2回済んでいる方は下記は不要です

|         |                    |                   |   |         |
|---------|--------------------|-------------------|---|---------|
| 血中抗体価検査 | 【検査日】              | 年                 | 月 | 日       |
|         | 【検査方法】             | IgG-EIA法・ELISA法   |   |         |
|         | 【抗体価】              |                   |   |         |
|         | 【判定】               | 陰性 ・ 基準未満の陽性 ・ 陽性 |   |         |
| ワクチン接種日 | 【1回目】              | 年                 | 月 | 日（済・予定） |
|         | 【2回目】              | 年                 | 月 | 日（済・予定） |
|         | ワクチン接種不適當な場合は理由を記載 |                   |   |         |

5. B型肝炎

本人記入欄

|         |                                                                 |       |   |   |   |  |
|---------|-----------------------------------------------------------------|-------|---|---|---|--|
| ワクチン接種歴 | ・ あり<br><input type="checkbox"/> ワクチン接種日・接種後の抗体価検査結果を記入<br>・ なし |       |   |   |   |  |
|         | ワクチン接種日                                                         |       |   |   |   |  |
|         | 1<br>ク<br>ー<br>ル                                                | 【1回目】 | 年 | 月 | 日 |  |
|         |                                                                 | 【2回目】 | 年 | 月 | 日 |  |
|         |                                                                 | 【3回目】 | 年 | 月 | 日 |  |
|         | 2<br>ク<br>ー<br>ル                                                | 【1回目】 | 年 | 月 | 日 |  |
|         |                                                                 | 【2回目】 | 年 | 月 | 日 |  |
|         |                                                                 | 【3回目】 | 年 | 月 | 日 |  |

記入者（ 医療機関・ 本人 ）＊丸の記入をお願いします

|        |                                        |
|--------|----------------------------------------|
|        | HBs抗体検査<br>(過去であっても陽性であった際の値を記載してください) |
| 【検査日】  | 年 月 日                                  |
| 【検査方法】 | CLIA法・CLEIA法・その他（ ）                    |
| 【抗体価】  |                                        |
| 【判定】   | 陰性 ・ 陽性                                |

ワクチン未接種で陰性の方は、入職後ワクチン接種を行います

6. 結核

記入者（ 医療機関・ 本人 ）＊丸の記入をお願いします

|       |                        |    |                                  |
|-------|------------------------|----|----------------------------------|
|       | クオンティフェロン検査<br>(QFT検査) | 又は | T-SPOT                           |
| 【検査日】 | 年 月 日                  |    | 年 月 日                            |
| 【判定】  | ・ 陰性<br>・ 判定不可<br>・ 陽性 |    | ・ 陰性<br>・ 判定不可<br>・ 判定保留<br>・ 陽性 |

## 7. 母子手帳等のワクチン接種記録の写し・各種検査結果の写し・ ワクチンを接種した事がわかる書類の写し等

- \* 書類紛失防止のため、A 4 サイズより小さい書類は、任意の A 4 コピー用紙又は当用紙に検査結果等を貼付してください。
- \* 貼付の際は、書類同士が重ならないようにしてください。
- \* 必要に応じて当該用紙をコピーしてご使用ください。

\* 提出先：昭和地区事務部管理運営課医療物品係（TEL：027-220-8684）

立 替 払 請 求 書

群馬大学医学部附属病院長 殿

¥ \_\_\_\_\_ 円

事項：院内感染予防のためのワクチン接種料及び検査受検料を立替払したので、別紙証拠書類等を添えて請求いたします。

予算項目：病）職員厚生経費

請 求 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

職 員 番 号 \_\_\_\_\_

請求者所属 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

\* 提出先：昭和地区事務部管理運営課医療物品係（TEL：027-220-8684）

## 立 替 払 請 求 書

群馬大学医学部附属病院長 殿

¥ 〇〇,〇〇〇 円

見  
本

事項：院内感染予防のためのワクチン接種料及び検査受検料を立替払したので、別紙証拠書類等を添えて請求いたします。

予算項目：病）職員厚生経費

入職後の日付を記入  
（本請求書の提出日）

入職後に付与されます

請求日 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

職員番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

請求者所属 〇〇〇〇〇〇〇〇

氏名 〇〇 〇〇〇〇

以下の**添付書類（3点）**と共に提出してください。

- ・補助対象のワクチン接種・検査の**領収書**（原本）
- ・補助対象のワクチン接種・検査の**診療明細書**（原本または写し）
- ・ワクチン接種・検査項目の種類がわかる書類（写し）