

プロポーザル公示文書添付資料

契約締結の場合、下記を依頼予定しています。見積算出等の参考にしてください。

令和 7 年 月 日

関係者各位（委託）

ウイルス疾患抗体検査とワクチン接種について（依頼）

芳賀赤十字病院

近年、ウイルス感染症が大きな社会問題となっていることから、当院では、院内感染および伝播防止を目的にウイルス抗体価測定とワクチン接種を推進しています。つきましては、下記のとおり、ご協力ください。

1. 分野別該当疾患

項	疾患名/分野	警備 交換	給食	医事	SPD	清掃	設備 管理	リネン	売店	職員 食堂
1	麻疹	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	風疹	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	水痘	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	流行性耳下腺炎	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	ウイルス性肝炎	－	－	－	○	○	－	－	－	－

2. 抗体価検査方法及び検査結果判定基準

項	疾患名	血液検査方法	基準を満たす値
1	麻疹	麻疹ウイルス IgG（EIA 法）	16.0 以上
2	風疹	風疹ウイルス IgG（EIA 法）	8.0 以上
3	水痘	水痘・帯状ヘルペスウイルス IgG（EIA 法）	4.0 以上
4	流行性耳下腺炎	ムンプスウイルス IgG（EIA 法）	陽性（+）4.0 以上
5	ウイルス性肝炎	HBs 抗体	≧10mIU/m l

※基準の解釈資料：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
http://www.kankyokansen.org/modules/publication/index.php?content_id=4

3. 依頼事項

① ウイルス抗体価・ワクチン接種調査票の提出

提出先：主管課

提出期限：○年○月（もしくは委託開始日まで）

- 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の4種は2回以上のワクチン接種歴がある方の抗体価検査は不要です。
- 麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎のワクチンを1歳以上で2回以上確実に接種したことがある方は、母子手帳確認のうえ日付を記載してください。
- ワクチン接種日がわかる資料（母子手帳、または領収書のコピー等）を一緒に提出してください。
- 検査結果の解釈については、日本環境感染学会「医療従事者のためのワクチンガイドライン第二版」の基準を用いています
- 資料提出日までにワクチン接種が終了していない場合には、ワクチン接種予定日を記入し、ワクチン接種後に証明できる資料のコピーを提出ください。
- 医療機関受診の際は、「ウイルス抗体価・結核検査結果とワクチン接種調査票」をご持参ください。

4. 抗体陰性者、基準を満たさない方

- 日付不明やワクチン接種歴が1回以下の方は、医療機関で抗体価を測定してください。
- 基準値を満たさない場合はワクチン接種してください。

芳賀赤十字病院
感染管理室 担当 ○○・○○
電話：0285-82-2195