

地方独立行政法人市立吹田市民病院職員定期健康診断等委託業務 仕様書  
別紙5 B型肝炎本人宛通知文

<春>

<所属名>

<職員番号>

<氏 名>様

地方独立行政法人市立吹田市民病院  
病院長

HBs抗原・抗体検査結果等について（通知）

標記のことについて、次のとおり通知します。

検査日        年    月    日

【1】 あなたの結果は、次の○のとおりです。

- (1) HBs抗原    (－)・抗体価\*\*\*    (－)
- (2) HBs抗原    (－)・抗体価\*\*\*    (+)
- (3) HBs抗原    (+)・抗体価\*\*\*    (－)
- (4) HBs抗原    (－)・抗体価\*\*\*    (±)

【2】 あなたの今後の方針については、下記（○印）のとおりです。

- (1) 今年度のワクチン接種は対象外です
- (2) ワクチン接種1回 (7月または8月)・抗体検査 (10月)  
接種ワクチン        ビームゲン        ヘプタバックス
- (3) ワクチン接種3回 (7月・8月・12月)・抗体検査 (1月)  
接種ワクチン        ビームゲン        ヘプタバックス  
ただし、前職場等でワクチン接種をして抗体のあった方は、1回でよいので、ワクチン接種  
申込時に申し出てください。

※なお、【1】(1)・(4)の方が、HBs抗原陽性の血液に汚染されたときは、規定のγ-グロブリン注射を受けてください。

<秋>

<所 属 名>

<職員番号>

<氏 名>様

地方独立行政法人市立吹田市民病院  
病院長

HBs抗体検査結果等について（通知）

標記のことについて、次のとおり通知します。

検査日        年    月    日

1    あなたの結果は、次のとおりです。

HBs抗体

|     |                          |
|-----|--------------------------|
| 測定値 |                          |
| 判定  | (                      ) |

2    あなたの今後の方針については、次のとおりです。

I    全体検査の結果、抗体が（－）になれば、追加接種を受けてください。

引き続き抗体が（＋）であれば必要ありません。

II   全体検査だけを受けてください。

ワクチンを3回接種したが、抗体がつかなかった。

III 追加接種を受けてください。

※なお、IIおよびIIIの方がHBs抗原陽性の血液に汚染されたときは、規定の $\gamma$ -グロブリン注射を受けてください