

# 提出書類注意事項

## ○抗体価検査の結果

抗体価検査	基準値
麻疹 IgG (EIA 法)	16.0 以上
流行性耳下腺炎 IgG (EIA 法)	4.0 以上
風疹 (EIA 法・HI 法)	8.0 以上 (EIA 法) 32 倍以上 (HI 法)
水痘 IgG (EIA 法)	4.0 以上

ホームページに添付しております③抗体価検査の結果をダウンロードし記入してください。

## ○ワクチン接種証明

- ・ワクチン接種証明として基準値を超えている場合は母子手帳の写し、  
基準値を超えていない場合はワクチン接種証明の写しをご用意ください。

## ○健康診断書

- ・1年以内のもの
- ・必須項目

1.既往歴・喫煙歴・服薬歴・業務歴の調査
2.自覚症状および他覚症状の有無の検査
3.身長、体重、腹囲、視力、および聴力の検査 (1000Hz・30dB) (4000Hz・30dB)
4.胸部X線検査
5.血圧の測定
6.尿検査 (尿中の糖および蛋白の有無の検査)
7.貧血検査 (赤血球数、血色素量)
8.肝機能検査 (GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP)
9.血中脂質検査 (LDL コレステロール、HDL コレステロール、中性脂肪)
10.血糖検査 (空腹時血糖またはヘモグロビンA1c)
11.心電図検査

## ○提出書類

- ①ボランティア申込書
- ②誓約書
- ③抗体価検査の結果
- ④ワクチン接種証明
- ⑤健康診断書

フォームで申し込み後、上記5点を昭和医科大学横浜市北部病院管理課宛に郵送をお願いいたします。

送付先住所：〒224-8503 神奈川県横浜市都筑区茅ヶ崎中央 35-1

※書類提出後2週間程度でご連絡いたします。