


ウイルス抗体価検査結果申告書

所属機関名	実習(研修)診療科名			
	実習(研修)期間			
フリガナ		生年月日	年 月 日 生	男 ・ 女
氏名			(満 歳)	

診断事項

項目	測定値	必要な対応 (該当する測定値に○)			ワクチン接種日		※2 ワクチン 2回接種済
麻疹 [IgG抗体] EIA法 検査日: 年 月 日		≥16.0	(±)~15.9	陰性	1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/>
					2回目	年 月 日	
風疹 [IgG抗体] EIA法 検査日: 年 月 日		≥8.0	(±)~7.9	陰性	1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/>
					2回目	年 月 日	
水痘 [IgG抗体] EIA法 検査日: 年 月 日		≥4.0	2.0~3.9	<2.0	1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/>
					2回目	年 月 日	
ムンプス [IgG抗体] EIA法 検査日: 年 月 日		陽性	(±)	陰性	1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/>
					2回目	年 月 日	
B型肝炎 [HBs抗体 mIU/ml] 検査日: 年 月 日 検査方法: (行った検査法に○) CLIA法・EIA法		≥10mIU/mL	※ ~ 10mIU/mL		1回目	年 月 日	
					2回目	年 月 日	
					3回目	年 月 日	
		↓	↓	↓			
		対応不要	ワクチン 1回接種	ワクチン 2回接種			
			※B型肝炎 ワクチン3回接種				

医療関連感染を防止し患者と職員の安全を確保するため、上記の項目について、抗体保有の証明 または ワクチン2回接種の証明をお願いします。

各項目について、**実習開始日より5年以内**に受けた検査結果を記入し、**証明書(検査結果用紙など)**と合わせてご提出ください。※2

「必要な対応」欄をご確認いただき、測定値が基準値を満たさない場合は、上記の表に従い、ワクチン接種をお願いいたします。接種が完了しましたら、ワクチン接種日を記載願います。

※2 麻疹・風疹・水痘・ムンプスについては、**2回のワクチン接種を証明する書類を提出できる場合は、抗体検査やワクチン接種を受ける必要はありません。**該当する項目にチェックを入れて(☑)、接種を証明する書類と併せてご提出ください。

ワクチン接種を証明する書類 … 接種記録や母子手帳のコピーなど