

抗体価検査・ワクチン接種歴報告書

提出日 年 月 日

学校名： _____

実習先（実習部署）： _____

抗体価検査	基準値	検査方法	予防接種実施日 複数回あればそれぞれの 日時を記載	抗体価検査の結果 複数回あればそれぞれの 日時を記載
麻疹	16	EIA 法	1回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
			2回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
風疹	8 32倍	EIA 法	1回目 年 月 日	年 月 日 抗体価 _____ IU/mL / _____ 倍
		HI 法	2回目 年 月 日	年 月 日 抗体価 _____ IU/mL / _____ 倍
水痘	4	EIA 法	1回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
			2回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
流行性 耳下腺炎 (ムンプス)	4	EIA 法	1回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL
			2回目 年 月 日	年 月 日 IgG 抗体価 _____ IU/mL

新型コロナワクチン 接種状況	接種回数 回	最終接種年月日 年 月 日
-------------------	-----------	------------------

所属・学年： _____

氏名： _____

- ※ご記入いただいた個人情報は、ご本人の許可なく、実習で必要とされる業務以外の目的には使用いたしません。
- ※上記にある「当院の基準値」の各数値以上の抗体価が必要です。
- ※表中に指定された以外の検査法は無効とします
- ※上記が満たされていない場合、実習をお断りすることがあります。

【問合せ先】

総務課庶務担当 (代) 045-787-2800

感染制御部 (代) 045-787-2800

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3版、