

## 感染症抗体価報告書

課程名		学籍番号		学生氏名	
-----	--	------	--	------	--

抗体価検査	検査方法	ワクチン接種の基準	検査結果 <small>該当する結果にチェックして下さい</small>	ワクチン追加接種日 <small>※基準に満たない場合</small>
麻疹	EIA 法	16.0 未満	検査日： 年 月 日 抗体価： _____ <input type="checkbox"/> ワクチン接種要 <input type="checkbox"/> ワクチン接種不要	① 年 月 日 ② 年 月 日
風疹	EIA 法 (IgG)	8.0 未満	検査日： 年 月 日 抗体価： _____ <input type="checkbox"/> ワクチン接種要 <input type="checkbox"/> ワクチン接種不要	① 年 月 日 ② 年 月 日
水痘	EIA 法 (IgG)	4.0 未満	検査日： 年 月 日 抗体価： _____ <input type="checkbox"/> ワクチン接種要 <input type="checkbox"/> ワクチン接種不要	① 年 月 日 ② 年 月 日
流行性 耳下腺炎	EIA 法	4.0 未満	検査日： 年 月 日 抗体価： _____ <input type="checkbox"/> ワクチン接種要 <input type="checkbox"/> ワクチン接種不要	① 年 月 日 ② 年 月 日
B 型肝炎	検査日： 年 月 日 <small>該当する方法にチェックして下さい</small> HBs 抗体 <input type="checkbox"/> EIA 法 <input type="checkbox"/> CLIA 法 <input type="checkbox"/> RIA 法 抗体価 _____ mIU/mL <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 5px;">                     10mIU/mL 以下の場合のみ、該当する項目をチェックしてください。・3 回の追加ワクチン接種 <input type="checkbox"/>未 <input type="checkbox"/>済み                      ・過去に 10mIU/mL 以上であったことがある  <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある [ _____ mIU/mL]                 </div>			① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日
結核  <small>クオンティフェロン検査・Tスポット検査のうちいずれか一つを 検査する。</small>	検査日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> クオンティフェロン検査 <input type="checkbox"/> Tスポット検査 測定値 _____ <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 判定不可  BCG 接種歴 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			胸部 X 線撮影日  年 月 日  ※結果が陽性の場合は胸部 X 線撮影検査を受けて「現在、活動性結核ではない」という医師の診断書が必要。

記載日： 年 月 日 医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師署名欄 \_\_\_\_\_

本人署名欄 \_\_\_\_\_