

抗体検査結果表

*学籍番号: _____
* (入学後に記載)

氏 名 : _____

生年月日 : (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

ウイルス 疾患名	ワクチン接種歴及び 追加接種年月日 (1歳以上での接種歴)		抗体検査			
	接種日(西暦)		検査実施日 (西暦)	検査方法 (○をつけて ください)	測定値 (数値を書いて ください)	判定 基準
麻 疹	第1回	年 月 日	年 月 日	・EIA (IgG) ・PA 法	[－・±・＋]	EIA(IgG) 16.0 以上
	第2回	年 月 日				PA 法 256 倍以上
風 疹	第1回	年 月 日	年 月 日	・EIA (IgG)	[－・±・＋]	8.0 倍以上
	第2回	年 月 日				
水 痘	第1回	年 月 日	年 月 日	・EIA (IgG) ・IAHA 法	[－・±・＋]	EIA(IgG) 4.0 以上
	第2回	年 月 日				IAHA 法 4 倍以上
流行性 耳下腺炎	第1回	年 月 日	年 月 日	・EIA (IgG)	[－・±・＋]	陽性 4.0 以上
	第2回	年 月 日				
B 型肝炎	第1回	年 月 日	年 月 日	・EIA 法 ・CLIA 法 ・RIA 法 ・CLEIA 法		10mIU/ml 以上
	第2回	年 月 日				
	第3回	年 月 日				

上記の通り診断します。
(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日
医療機関名
医師署名