

抗体検査結果表

抗体検査結果表の記載について

*学籍番号: _____

* (入学後に記載)

氏 名 : 山梨 看子生年月日 : (西暦) 20YY 年 MM 月 DD 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) 接種日(西暦)					
麻 疹	第1回	20YY年M月D日				
	第2回	20Y1年m月d日				
風 疹	第1回	年 月 日			[- ・ ± ・ +]	
	第2回	年 月 日				
水 痘	第1回	年 月 日	年	・EIA		EIA(IgG) 4.0 以上
	第2回	年 月 日				A 法 以上
流行性 耳下腺炎	第1回	年 月 日	生			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				

① 母子手帳がある方は、母子手帳を持参して医療機関
に受診し、接種歴のご確認をお願いします。
(他の証明書でも可)

※ 医療機関の方へ
母子手帳等をご確認いただき「接種日」の欄への転
記をお願いいたします。
この「抗体価検査結果表」を実習生の予防接種歴・罹
患歴として実習施設に提出しております。
ご協力のほどよろしくお願いいたします。

② 接種歴がない場合は、
フローチャートにそって、
予防接種または抗体検査を
受けてください。

上記の通り診断します。

(西暦) 20YY 年 MM 月 DD 日医療機関名 △△△△△医院医師署名 〇〇 〇〇

⑧