

抗体価検査・ワクチン接種報告書（実習生用）

記入日 年 月 日

社会福祉法人 恩賜財団 済生会 神栖済生会病院長 殿

機関名

実習生/研修生 氏名

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

項目	検査日 (年月日)	検査方法 (1つに○)	測定値(数値を記入)	基準			ワクチン 接種日 (西暦 年月日)
				陰性	陽性(基準を満たさない)	陽性(基準を満たす)	
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)IU/ml		2未満	2~15.9	16以上	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日
		PA法(倍)		16倍未満	16~128倍	256倍以上	
		中和法(倍)		4倍未満	4倍	8倍以上	
風疹	年 月 日	HI法(倍)		8倍未満	8~16倍	32倍以上	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日
		EIA(IgG)IU/ml		2未満	2~7.9	8以上	
水痘	年 月 日	EIA(IgG)IU/ml		2未満	2~3.9	4以上	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日
		IAHA(倍)		2倍未満	2倍	4倍以上	
		中和法(倍)		2倍未満	2倍	4倍以上	
流行性 耳下腺炎	年 月 日	EIA(IgG)IU/ml		2未満(-)	2~3.9	4以上(+)	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日
備考							

B型肝炎

項目	検査日 (年月日)	検査方法(1つに○)	測定値	基準	ワクチン接種日 (年月日)
HBs抗体	年 月 日	EIA・CLIA・CLEIA		10.0mIU/mL以上	1回目: 年 月 日
	年 月 日	EIA・CLIA・CLEIA			2回目: 年 月 日
備考					

結核 ※ツ反は不可

項目	検査日 (年月日)	検査結果 (1つに○)	基準
胸部レントゲン	年 月 日	異常の有無: 有・無	異常無
QFT/T-SPOT (いずれかに○)	年 月 日	陰性・判定保留 陽性・判定不可	陰性
備考			

上記の者について抗体検査等について上記のとおり確認しました。

20 年 月 日

機関名