

感染症抗体価報告書

(様式1)

課程名		学籍番号		氏名	
-----	--	------	--	----	--

対象疾患	ワクチン 1歳以上2回 接種	抗体価 検査方法	検査結果 該当する結果にチェックして下さい**	ワクチン追加接種日 (基準に満たない場合)
麻疹	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある*	EIA法 (IgG)	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	年 月 日 年 月 日
風疹	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある*	EIA法 (IgG)	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	年 月 日 年 月 日
水痘	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある*	EIA法 (IgG)	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	年 月 日 年 月 日
流行性 耳下腺炎	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある*	EIA法 (IgG)	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	年 月 日 年 月 日
B型肝炎	検査日： 年 月 日 該当する方法にチェックして下さい HBs抗体 <input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> CLIA法 <input type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> ECLIA法 抗体価 _____ mIU/mL 10mIU/mL未満の場合のみ、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* ※過去に10mIU/mL以上であった場合は検査結果コピーを添付 ➔ 追加接種の必要なし		追加接種 ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日	
結核 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。	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		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。	

*1歳以上2回接種記録がある場合は、接種記録のコピーを添付する

**抗体価とワクチン接種の基準については、「学生便覧 巻末 7感染症対策について」を参照のこと

記載日： 年 月 日 医療機関名

医師署名欄

本人署名欄