

感染症抗体検査結果ならびにワクチン接種届出書

学校名: _____

学籍番号 : _____

実習生氏名: _____

●必須項目

①麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎

項目	検査日	検査方法	測定値	基準値			ワクチン接種日	
				陰性	陰性(基準を見たさな	陽性(基準を満たす)		
麻疹		EIA (IgG)		<2	2-15.9	≥16.0	1回目	
							2回目	
風疹		EIA (IgG)		<8	8-16	≥32	1回目	
							2回目	
水痘		EIA (IgG)		<2	2-3.9	≥4	1回目	
							2回目	
流行性耳下腺炎		EIA (IgG)		<2	2-3.9	≥4	1回目	
							2回目	

測定値が基準値に達していない方は、検査日以降に該当するワクチンの接種を行って下さい。

②結核

項目	検査日	検査結果・判定結果(1つを選択)	基準
胸部レントゲン		異常の有無:	異常なし
T-SPOT.TB		判定:	陰性

※T-SPOT.TBまたはQFTより選択 ※ツベルクリン反応は不可

●任意項目

①B型肝炎

項目	検査日	検査方法	測定値	基準値			ワクチン接種日	
				陰性	陰性(基準を見たさな	陽性(基準を満たす)		
HBs抗体		EIA CLEIA CLIA ECLIA		-	10 mIU/mL 未満	10 mIU/mL 以上	1回目	
							2回目	
							3回目	

②季節性インフルエンザ(10月～3月の実習に限り、実習前までに接種を推奨)

項目	ワクチン接種の有無	ワクチン接種日
インフルエンザワクチン		

③新型コロナウイルス

項目	ワクチン接種の有無	ワクチン接種日(最終接種日)
新型コロナウイルスワクチン		

※ワクチンの種類は問わない。

上記のとおり相違ないことを確認しました。

2025年7月17日

施設・学校名:

施設・学校責任者名:

印