

感染症抗体検査結果ならびにワクチン接種届出書

記入例

学校名: ○○○○大学

学籍番号: 999999

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	△年○月□日	EIA (IgG)	19.8	<2	2-15.9	≥16.0	1回目	
							2回目	
風疹	△年○月□日	EIA (IgG)	34	<8	8-16	≥32	1回目	
							2回目	
水痘	△年○月□日	EIA (IgG)	<2	<2	2-3.9	≥4	1回目	□年○月△日
							2回目	○年□月△日
流行性耳下腺炎	△年○月□日	EIA (IgG)	6.6	<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	△年○月□日	異常の有無: 異常なし	異常なし
T-SPOT.TB	△年○月□日	判定: 陰性	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	接種予定	

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	あり	○年□月△日

※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11日

施設・学校名: ○○大学

施設・学校責任者名: □□☆☆

