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

学籍番号　：　999999

学校名：　〇〇〇〇大学

実習生氏名：　〇〇　□□

●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	△年〇月□日	EIA（IgG）	19.8	＜2	2-15.9	≧16.0	1回目	
							2回目	
風疹	△年〇月□日	EIA（IgG）	34	＜8	8-16	≧32	1回目	
							2回目	
水痘	△年〇月□日	EIA（IgG）	＜2	＜2	2-3.9	≧4	1回目	□年〇月△日
							2回目	〇年□月△日
流行性耳下腺炎	△年〇月□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	△年〇月□日	異常の有無：	異常なし	異常なし
T－SPOT.TB	△年〇月□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	〇年□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：〇〇大学

施設・学校責任者名：□□ ☆☆