

ワクチン接種・抗体価検査届け出用紙

済生会滋賀県病院長 様

養成機関・医療機関名

実習生・研修生氏名

●B型肝炎

項目	検査日	検査方法	測定値	基準値	判定(-/+)	ワクチン接種日
HBs 抗体	年 月 日	EIA・CLEIA・RIA		≥10.0 mIU/ml		1回目 年 月 日
	1シリーズ接種後検査日					2回目 年 月 日
	年 月 日	EIA・CELIA・RIA				3回目 年 月 日
						1回目 年 月 日
	2シリーズ接種後検査日					2回目 年 月 日
	年 月 日	EIA・CLEIA・RIA				3回目 年 月 日

●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	陽性(基準を 見たさない)	陽性(基準を 満たす)	
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)		<2	2-15.9	≥16.0	1回目 年 月 日
		PA		<16	16-128	≥256	2回目 年 月 日
		中和法		<4	4	≥8	
風疹	年 月 日	HI		<8	8-16	≥32	1回目 年 月 日
		EIA(IgG)		<2	2-7.9	≥8.0	2回目 年 月 日
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		<2(-)	2-3.9(+/-)	≥4(+)	1回目 年 月 日
		IAHA		<2	2	≥4	2回目 年 月 日
		中和法		<4	4	≥8	
流行性 耳下腺炎	年 月 日	EIA(IgG)		<2(-)	2-3.9	≥4(+)	1回目 年 月 日
							2回目 年 月 日

●結核 ※ツ反は不可

項目	検査日	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	異常なし

●インフルエンザ(10月～3月の実習・研修に限り、実習の2週間前までに接種)

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	有・無	年 月 日

上記について、確認いたしました。

年 月 日

養成機関または医療機関名
施設長名または医師名

印