

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

養成機関名・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	
						1回目	年月日
HBs抗体	年月日	EIA・CLIA・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・CLIA・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・CLIA・RIA				3回目	年月日
備考							

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
備考							

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
QFT/T-spot	年月日	陰性・判定保留	陰性
(いずれかに○)		陽性・判定不可	
備考			

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
備考		

上記の者について抗体価検査等について上記のとおり確認しました。 ※どちらか一方の署名で結構です

年月日 養成機関名/医療機関名:
※所属長/医師名

印