

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
HBs抗体	2017年4月28日	EIA・ <b>CLIA</b> ・RIA	6.5	≥10.0 mIU/ml	(-)	1回目 2017年5月20日
	1シリーズ接種後検査日					2回目 2017年6月15日
	2018年1月10日	EIA・ <b>CLIA</b> ・RIA	7.1			3回目 2017年11月18日
	2シリーズ接種後検査日					1回目 2018年2月24日
	2018年10月31日	EIA・ <b>CLIA</b> ・RIA	7.8			2回目 2018年3月28日
						3回目 2018年9月30日
備考	2シリーズ接種も抗体価低値					

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	2017年4月28日	<b>EIA(IgG)</b>	19	<2	2-15.9	<b>≥16.0</b>	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	<b>HI</b>	16	<8	<b>8-16</b>	≥32	1回目 2017年 6月 15日
		EIA(IgG)		<2	2-7.9	≥8.0	2回目 年 月 日
水痘	年 月 日	<b>EIA(IgG)</b>	1	<b>&lt;2(-)</b>	2-3.9(+)	≥4(+)	1回目 2017年 6月 15日
		IAHA		<2	2	≥4	2回目 2017年 7月 24日
		中和法		<4	4	≥8	
流行性耳下腺炎	年 月 日	<b>EIA(IgG)</b>	8.1	<2(-)	2-3.9	<b>≥4(+)</b>	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 <b>無</b>	異常なし
QFT/T-spot (いずれかに○)	年 月 日	<b>陰性</b> 判定保留 陽性・判定不可	陰性
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	<b>有</b> 無	2018年 11月 18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