

ウイルス抗体価確認書

抗体検査とワクチン接種状況

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

実習開始日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<必須>

感染症の種類	麻疹	風疹	水痘／带状疱疹	流行性耳下腺炎	
ワクチン接種 ※	年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日	
抗体価	検査法 測定値 検査日	EIA(IgG)・PA ( ) 年 月 日	EIA(IgG)・HI ( ) 年 月 日	EIA(IgG) ( ) 年 月 日	EIA(IgG) ( ) 年 月 日
	基準値	IgG(EIA) ≥ 16.0 PA法 ≥ 256倍	IgG(EIA) ≥ 8.0 HI法 ≥ 32倍	IgG(EIA) ≥ 4.0	

<医学生・看護学生実施していれば提出>

感染症の種類	B型肝炎	結核	
抗体価	検査法 検査日 測定値	HBs抗体 CLIA・EIA・RIA 年 月 日 ( )	①胸部X線 撮影日 年 月 日 結果 異常なし 異常あり
	基準値	≥ 10mIU/ml	異常あり 対応( ) ②QFTまたはTSPOT 検査日 年 月 日
ワクチン接種	年 月 日 年 月 日 年 月 日	結果 陰性 陽性 陽性・判定保留 対応( )	

※抗体価の測定値が基準に満たない場合は、ワクチン接種を2回行ってください。