

抗体価検査等の結果報告書

鈴鹿中央総合病院長 殿

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 (年月日)	検査方法(行った 検査方法に○)	測定値	基準	ワクチン接種日 (年月日)
HBs 抗体	年 月 日	EIA・CLIA・ CLEIA		≥10.0mIU/mL	1回目： 年 月 日
	年 月 日	EIA・CLIA・ CLEIA			2回目： 年 月 日 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*1 (年月日)	検査方法 (1つに ○)	測定値	基準			ワクチン 接種日 (年月日)
				抗体価 陰性	抗体価陽性 (基準を満 たさない)	抗体価陽 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 2回目： 年 月 日
		PA		<16	16-128	≥256	
		中和法		<4	4	≥8	
風疹	年 月 日	HI		<8	8-16	≥32	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日
		EIA(IgG)		<2	2-7.9	≥8.0	
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		<2 (-)	2-3.9 (+-)	≥4 (+)	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日
		IAHA		<2	2	≥4	
		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							

※1 5年以内の検査日を記入してください

結核(胸部レントゲン検査は必須。可能であればQFTまたはT-SPOTを実施)

項目	検査日(年月日)	検査結果(1つに○)	基準
胸部レントゲン	※2	異常の有無：有・無	異常無
QFT/T-SPOT (いずれかに○)		陰性・判定保留・陽 性・判定不可	陰性
備考			

※2 1年以内の検査日を記入してください

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。

年 月 日

養成機関名／医療機関名：

所属長／医師名：

印

抗体価検査等の結果報告書

記入例

鈴鹿中央総合病院長 殿

養成機関名/医療機関名 〇〇〇〇大学

実習生/研修生氏名: 〇〇 〇〇

B型肝炎

項目	検査日 (年月日)	検査方法 (行った検査方法に○)	測定値	基準	ワクチン接種日 (年月日)
HBs 抗体	H26年 4月 28日	EIA・ <u>CLIA</u> ・CLEIA	6.5	≥10.0mIU/mL	1回目: H26年 5月 20日
	H27年 5月 30日	EIA・ <u>CLIA</u> ・CLEIA	126.5		2回目: H26年 6月 21日
備考	3回目: H26年 11月 18日				

麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎

項目	検査日 (年月日)	検査方法 (一つに○)	測定値	基準			ワクチン 接種日 (年月日)
				陰性	陽性 (基準を 満たさない)	陽性 (基準 を満たす)	
麻疹	H27年 5月 30日	<u>EIA(IgG)</u>	19.8	<2	2-15.9	<u>≥16.0</u>	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	H27年 5月 30日	<u>HI</u>	16	<8	<u>8-16</u>	≥32	1回目: H27年 6月 15日
		EIA(IgG)		<2	2-7.9	≥8.0	2回目: 年 月 日
水痘	H27年 5月 30日	EIA(IgG)	<2	<2 (-)	2-3.9 (+)	≥4 (+)	1回目: H27年 10月 27日
		<u>IAHA</u>		<u>&lt;2</u>	2	≥4	2回目: H27年 7月 15日
		中和法		<4	4	≥8	
流行性 耳下腺炎	H27年 5月 30日	<u>EIA(IgG)</u>	6.6	<2 (-)	2-3.9	<u>≥4 (+)</u>	1回目: 年 月 日
備考	2回目: 年 月 日						

※1 5年以内の検査日を記入してください

結核 (胸部レントゲン検査は必須。可能であれば QFT または T-SPOT を実施)

※ツ反は不可

項目	検査日 (年月日)	検査結果 (一つに○)	基準
胸部レントゲン	H28年 4月 3日	異常の有無: <u>有</u> ・無	異常無
QFT/ <u>T-SPOT</u> (いずれかに○)	H27年 5月 30日	<u>陰性</u> ・判定保留 陽性・判定不可	陰性
備考	胸部X線はH28年 4月 15日に精査済み (胸膜癒着)		

※2 1年以内の検査日を記入してください

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。

平成 28年 6月 30日

養成機関名/医療機関名 : 〇〇〇〇大学

所属長/医師名 : 〇〇 〇〇

印