

ウイルス性疾患 抗体保有状況確認シート

氏名 _____

当院では感染対策を目的として免疫保有状況の把握とワクチンによるウイルス抗体価獲得をお願いしております。下記のシートに結果を記入していただくか病院や学校の証明書（検査結果、ワクチン接種証明）のコピーのご提出をお願いいたします。

1) 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	基準を満たすか (どちらかに○)	ワクチン接種日	罹患歴
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 16.0	満たす 満たさない	年 月 日	有
		NT		≥ 8		年 月 日	無
		PA		≥ 256			
風疹	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 8.0	満たす 満たさない	年 月 日	有
		HI		≥ 32		年 月 日	無
水痘	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 4.0	満たす 満たさない	年 月 日 年 月 日	有 無
流行性 耳下腺炎	年 月 日	EIA(IgG)		≥ 4.0	満たす 満たさない	年 月 日 年 月 日	有 無

2) B型肝炎

検査日	検査方法	測定値	ワクチン接種日
年 月 日	EIA または CLIA		年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

3) 備考欄

--

※注意事項

- ・ 指定した検査方法以外では判定できないため指定した方法で検査を受けて下さい。実施した検査方法の測定値に記入してください
- ・ アレルギー等でワクチン接種を受けることができない場合は、その旨を備考欄に記載してください。