

ワクチン接種・抗体価検査届け出用紙

社会医療法人祐生会 みどりヶ丘病院長 様

養成機関： _____

実習生氏名： _____

● 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎 当てはまる箇所に○を入れて下さい

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（基準を満たさない）	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		<2	2	≧4	
ムンプス	年 月 日	EIA(IgG)		<2(—)	2—3.9	≧4 (+)	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日

● B型肝炎 当てはまる箇所に○を入れて下さい

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	年 月 日	EIA ・ CLEIA ・ RIA		≧10.0 mIU/ml		1回目 年 月 日
	1ｼｰｽﾞ 接種後検査日					2回目 年 月 日
	年 月 日	EIA ・ CLEIA ・ RIA				3回目 年 月 日
	2ｼｰｽﾞ 接種後検査日					1回目 年 月 日
						2回目 年 月 日
	年 月 日	EIA ・ CLEIA ・ RIA				3回目 年 月 日

● 結核 当てはまる箇所に☑ を入れて下さい

検査方法	検査日	検査結果
☐ T-SPOT ☐ QFT	年 月 日	☐ 陽性 ☐ 判定保留 ☐ 陰性 ☐ 判定不可

● インフルエンザ（12月～3月の実習に限り、実習の2週間前までに接種して下さい）

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

上記について、確認いたしました。

西暦 年 月 日

養成機関または医療機関名
施設長名または医師名

ワクチン接種・抗体価検査届け出用紙

記入例

社会医療法人祐生会 みどりヶ丘病院長 様

養成機関： 〇〇看護大学 実習生氏名： 〇村 〇恵

● 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎 当てはまる箇所に○を入れて下さい

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（基準を満たさない）	陽性（基準を満たす）	
麻疹	2020年3月29日	EIA(IgG)	22	<2	2—15.9	≧16.0	1回目 1999年7月7日 2回目 2006年7月17日
		PA		<16	16—128	≧256	
		中和法		<4	4	≧8	
風疹	2020年3月29日	HI	32	<8	8—16	≧32	1回目 1999年8月21日 2回目 2006年7月17日
		EIA(IgG)		<2	2—7.9	≧8.0	
水痘	2020年3月29日	EIA(IgG)	18	<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	
ムンプス	2020年3月29日	EIA(IgG)	1	<2(—)	2—3.9	≧4 (+)	1回目 1999年10月1日 2回目 2020年6月8日

● B型肝炎 当てはまる箇所に○を入れて下さい

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	2020年3月29日	EIA・CLEIA・RIA	0.001	≧10.0 mIU/ml	(—)	1回目 2020年7月15日
	1ｼｰｽﾞ 接種後検査日					2回目 2020年8月30日
	2021年3月29日	EIA・CLEIA・RIA	117			3回目 2021年1月30日
	2ｼｰｽﾞ 接種後検査日					1回目 年 月 日
	年 月 日					2回目 年 月 日
	年 月 日	EIA・CLEIA・RIA				3回目 年 月 日

● 結核 当てはまる箇所に☑ を入れて下さい

検査方法	検査日	検査結果
☒ T-SPOT ☐ QFT	2020年3月29日	☐ 陽性 ☐ 判定保留 ☒ 陰性 ☐ 判定不可

● インフルエンザ（12月～3月の実習に限り、実習の2週間前までに接種して下さい）

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	2024年11月21日

上記について、確認いたしました。

西暦 2024年12月1日

養成機関または医療機関名 〇〇看護専門学校

施設長名または医師名 〇〇 〇〇

印