

資料②(感染症関連記録Ⅰ)

麻疹・風疹・水痘・ムンプス抗体検査結果およびワクチン接種証明書

氏名

生年月日

[抗体検査]

※検査結果の該当する箇所には○をつけてください。

※ や、 に該当する場合は、本学の基準値においてワクチン接種が必要です。

	検査法 (行った検査法に☑)	結果			検査年月日
		接種不要	1回接種推奨	2回接種推奨	
麻疹	<input type="checkbox"/> EIA(IgG)	+	+	-	西暦 年 月 日
		16以上	2-16未満	2未満	
	<input type="checkbox"/> NT(中和法)	+	+	-	
		8以上	4-8未満	4未満	
	<input type="checkbox"/> PA	+	+	-	
		256倍以上	16-256倍未満	16倍未満	
風疹	<input type="checkbox"/> EIA(IgG)	+	+	-	西暦 年 月 日
		8以上	2-8未満	2未満	
	<input type="checkbox"/> HI	+	+	-	
		32以上	8-32未満	8未満	
水痘	<input type="checkbox"/> EIA(IgG)	+	±	-	西暦 年 月 日
		抗体価4.0以上	2.0-4.0未満	2.0未満	
ムンプス	<input type="checkbox"/> EIA(IgG)	+	±	-	西暦 年 月 日
		抗体価4.0以上	2.0-4.0未満	2.0未満	
判定医師	記入日: 年 月 日 医療機関名: 住所: 担当医師 氏名:				印

[ワクチン接種]

ワクチン接種	1回目		2回目	
	麻疹	年 月 日	年 月 日	年 月 日
風疹	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
水痘	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ムンプス	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
麻疹風疹 混合ワクチン	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

備考欄 ※ 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、その旨の記載をお願いいたします。

ワクチン接種医師	記入日: 年 月 日 医療機関名: 住所: 担当医師 氏名:	印
----------	---	---

※ 記載後は本人へお返しいただくようお願い申し上げます。