様式４

ワクチン接種歴・抗体検査等報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 所属施設名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 検査結果  ＊下線部を記入してください  ＊いずれかを○で囲んでください | 検査日  （西暦　　　年　　月　　日） | 検査法  ＊いずれかを○で囲んでください | ワクチン接種日  （接種できなかった理由） |
| 麻疹 | 抗体価(IgG抗体)  （ 陽性・判定保留・陰性 ） | 年　　月　日 | EIA法 | 西暦　　　年　　月　　日  （　　　　　　　　　　） |
| 風疹 | 抗体価(IgG抗体)  （ 陽性・判定保留・陰性 ） | 年　　月　日 | EIA法 | 西暦　　　年　　月　　日  （　　　　　　　　　　） |
| 水痘 | 抗体価(IgG抗体)  （ 陽性・判定保留・陰性 ） | 年　　月　日 | EIA法 | 西暦　　　年　　月　　日  （　　　　　　　　　　） |
| 流行性耳下腺炎 | 抗体価(IgG抗体)  （ 陽性・判定保留・陰性 ） | 年　　月　日 | EIA法 | 西暦　　　年　　月　　日  （　　　　　　　　　　） |
| B型肝炎 | 抗体価(HBs抗体)  （ 陽性・陰性 ） | 年　　月　日 | CLIA法  CLEIA法 | 1回目　　年　　月　　日  2回目　　年　　月　　日  3回目　　年　　月　　日  （　　　　　　　　　　） |
| 胸部レントゲン | 異常所見なし  異常所見あり  （所見内容　 　　　　　　） | 年　　月　日 |  |  |
| クオンティフェロン | 陽性・判定保留・陰性 | 年　　月　日 |  |  |
| T-SPOT | 陽性・判定保留・陰性 | 年　　月　日 |  |  |
| インフルエンザ |  |  |  | 西暦　　　年　　月　　日  （　　　　　　　　　　） |
| 特記事項（アレルギー等） | | | | |