

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			性 別
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)				