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 ＊いずれかを〇で囲んでください	検査日 （西暦　年 月　日）	検査法 ＊いずれかを〇で囲んでください	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）