

抗体価・予防接種実施証明書

山口県鴻城高等学校 衛生看護専攻科

氏名	性別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日
----	-----------	---------------------

※予防接種については、できればロット番号の貼用をお願い致します。

抗体価検査	検査結果	ワクチン接種
麻疹 (EIA法)	検査日:西暦 年 月 日 IgG抗体価:() <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 偽陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	ロット番号: 接種日:西暦 年 月 日
風疹 (EIA法)	検査日:西暦 年 月 日 IgG抗体価:() <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 偽陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	ロット番号: 接種日:西暦 年 月 日
水痘 (EIA法)	検査日:西暦 年 月 日 IgG抗体価:() <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 偽陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	ロット番号: 接種日:西暦 年 月 日
流行性耳下腺炎 (EIA法)	検査日:西暦 年 月 日 IgG抗体価:() <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 偽陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	ロット番号: 接種日:西暦 年 月 日
B型肝炎	検査日:西暦 年 月 日 HBs抗体価:() <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 偽陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 * 最終接種から1ヶ月後に抗体検査再検	《1回目》… 初回 ロット番号: 接種日:西暦 年 月 日
		《2回目》… <u>初回から1ヶ月後</u> ロット番号: 接種日:西暦 年 月 日
		《3回目》… <u>初回から6ヶ月後</u> ロット番号: 接種日:西暦 年 月 日
結核 ※右記のどちらかを 実施のこと	<input type="checkbox"/> QFT®TB-2G 検査日:西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> Tスポット®.TB <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定不可 測定値()IU/ml	

(注)抗体価検査は平成31(2019)年4月以降に受けたものであること。

上記のとおり証明いたします。

令和 年 月 日

所在地:

医療機関名:

医師氏名:

印