

☐ 太枠内を記載すること。

ワクチン接種・抗体価調査書

実習期間： 年 月 日～ 年 月 日 区分： 学生 ・ 職種（ ）

(いずれかに○) 実習 ・ 研修 ・ 見学 ・ 実務 を行う者の氏名： _____

1) 4 種 ワクチン接種が 2 回未満の場合は、☐ 二重線枠内を記載すること。

感染制御部記載

感染症	ワクチン接種年月（西暦）	抗体検査結果（ワクチン 2 回未満は記載）		要件 適否
		表示した検査法に該当しない 場合は（ ）に記入	判定：EIA(風疹は HI でも可)	
麻疹	1. 年 月	検査法： ☐ EIA・（ ） 数値： << >>	☐ ①IgG 16.0 以上 ☐ ②IgG 16.0 未満 ☐ ③不明	適 不適
	2. 年 月	検査日： 年 月 日		
風疹	1. 年 月	検査法： ☐ EIA・ ☐ HI・（ ） 数値： << >>	☐ ①IgG 8.0(HI:32 倍) 以上 ☐ ②IgG 8.0(HI:32 倍) 未満 ☐ ③不明	適 不適
	2. 年 月	検査日： 年 月 日		
流行性 耳下腺炎	1. 年 月	検査法： ☐ EIA・（ ） 数値： << >>	☐ ①IgG 4.0 以上 ☐ ②IgG 4.0 未満 ☐ ③不明	適 不適
	2. 年 月	検査日： 年 月 日		
水痘	1. 年 月	検査法： ☐ EIA・（ ） 数値： << >>	☐ ①IgG 4.0 以上 ☐ ②IgG 4.0 未満 ☐ ③不明	適 不適
	2. 年 月	検査日： 年 月 日		

2) B型肝炎 抗体価が基準値未満の場合は、☐ 二重線枠内を記載すること。☐ 事務職に該当する場合は冒頭に ☒ (B型肝炎の記載は必須ではない。)

感染制御部記載

感染症	抗体検査結果など		ワクチン接種年月（西暦）	要件 適否
	表示した検査法に該当しない 場合は（ ）に記入	判定：CLIA		
B 型 肝 炎 (HB)	検査法： ☐ CLIA・（ ） 数値： << >> 検査日： 年 月 日	☐ ①10mIU/mL 以上 ☐ ②10mIU/mL 未満 ☐ ③不明	1. 年 月 年 月 年 月	適 不適
			2. 2 クール以上接種の場合	
			最終： 年 月	
	☐ 既感染（抗体価測定・ワクチン接種不要）			

* 抗体検査結果が 10mIU/mL 未満の場合は、ワクチンを 1 クール接種すること
(過去に 1 回でも 10mIU/mL 以上抗体保有した場合は、抗体有として対応)。

3) インフルエンザ

感染症	接種歴の有無	ワクチン接種年月（西暦）
インフルエンザ	有・無・予定	年 月

* 実習等が 12-3 月に該当した場合に記入すること。

感染制御部記載 上記を踏まえた実習等の適否
適 ・ 不適
日付： 年 月 日
サイン：

上記の記載内容に間違いがないことを証明します。

令和 年 月 日

施設または学校名 _____

施設または学校責任者 _____ (印)

メモ欄:感染制御部用