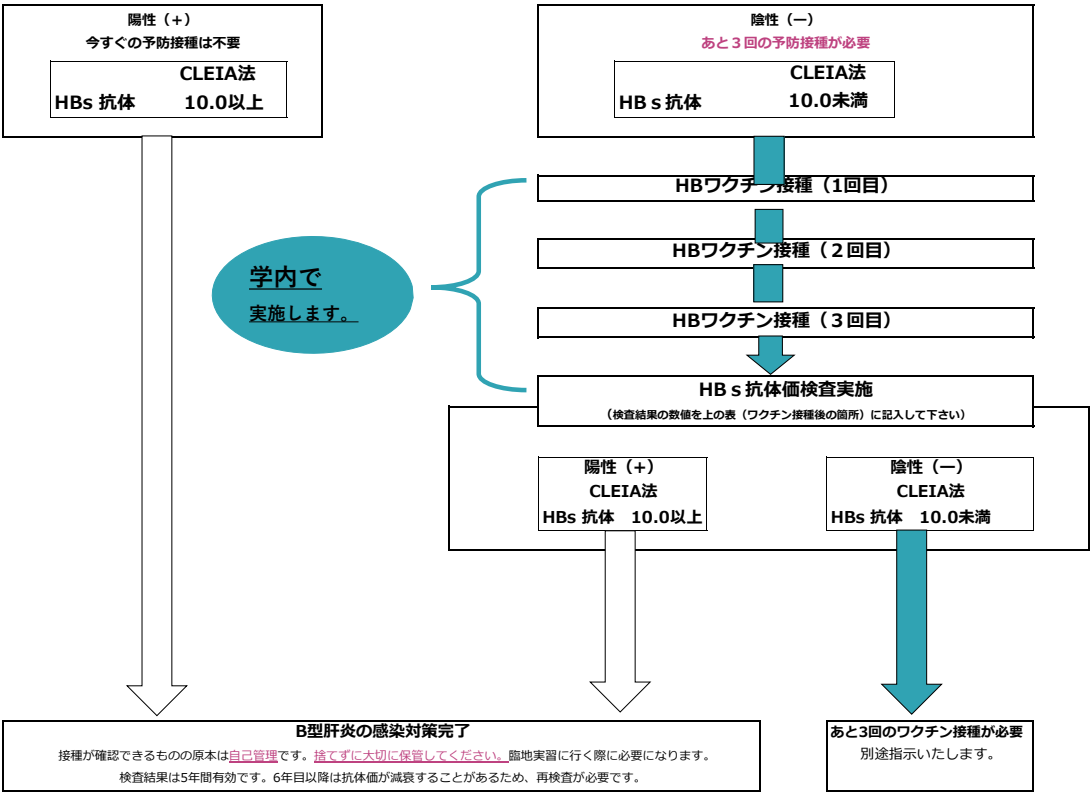


**B型肝炎 (HB)**

	結果 (数値) (抗体の値を記載してください)	採取日	ワクチン接種 (どちらか〇を付ける)	ワクチン接種した日付		結果 (ワクチン接種後)	抗体価検査日 (ワクチン接種後)
			必要	HBワクチン 1回目	____年 ____月____日		
HB		____年 ____月____日	必要	HBワクチン 2回目	____年 ____月____日		____年 ____月____日
			不要	HBワクチン 3回目	____年 ____月____日		



**B型肝炎の感染対策完了**  
 接種が確認できるものの原本は自己管理です。捨てずに大切に保管してください。臨地実習に行く際に必要になります。  
 検査結果は5年間有効です。6年目以降は抗体価が減衰することがあるため、再検査が必要です。

あと3回のワクチン接種が必要  
 別途指示いたします。