抗体価検査等の結果報告書

養成機関／医療機関名

**麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 麻疹 | | | | 風疹 | | | | 水痘 | | | | 流行性耳下腺炎 | | | |
| 検査日 (年月日) | 検査  方法 | 測定値 | ワクチン  接種日  (年月日) | 検査日 (年月日) | 検査  方法 | 測定値 | ワクチン  接種日  (年月日) | 検査日 （年月日） | 検査  方法 | 測定値 | ワクチン  接種日  (年月日) | 検査日 (年月日) | 検査  方法 | 測定値 | ワクチン  接種日  (年月日) |
|  | . . |  |  | . . | . . |  |  | . . | . . |  |  | . . | . . |  |  | . . |
|  | . . |  |  | . . | . . |  |  | . . | . . |  |  | . . | . . |  |  | . . |
|  | . . |  |  | . . | . . |  |  | . . | . . |  |  | . . | . . |  |  | . . |

　　　＊ワクチン接種日には、母子健康手帳等の記録で２回接種が確認できた場合、または、抗体が不足してワクチン接種をした日を記載する。

**Ｂ型肝炎**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 検査日 | 検査方法 | 測定値 | 基準 | ワクチン接種日 |
|  | 年　　　月　　　日 |  |  | ≧10.0mlU/ml | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |  |  | ≧10.0mlU/ml | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |  |  | ≧10.0mlU/ml | 年　　　月　　　日 |

**新型コロナ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 新型コロナワクチン接種 | 接種回数 | ワクチン接種日 |
|  | 済　・　　未 | 回 | 年　　月　　日 |
|  | 済　・　　未 | 回 | 年　　月　　日 |

上記の者について抗体価検査等について上記のとおり確認しました。

令和　　　　年　　　　　月　　　　　日

養成機関名／医療機関名　：

所属長／氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**インフルエンザ**（インフルエンザ流行期における実習の場合は記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | インフルエンザワクチン接種 |
|  | 済　・　　未 |
|  | 済　・　　未 |