

ワクチン接種および感染症（抗体保有）検査報告書

報告日： 年 月 日

氏名（ふりがな）	( )
生年月日	西暦 年 月 日
教育機関（学校・学部名）	
学籍番号	
実習期間	西暦 年 月 日 ~ 年 月 日

【以下の項目についてご報告ください】

項目	ワクチン接種歴	罹患歴	抗体価
①麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有( 年)	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 判明 抗体価： _____ ( <input type="checkbox"/> EIA法 ・ <input type="checkbox"/> _____ 法) 検査日 年 月 日
②風疹	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有( 年)	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 判明 抗体価： _____ ( <input type="checkbox"/> EIA法 ・ <input type="checkbox"/> _____ 法) 検査日 年 月 日
③ムンプス (流行性耳下腺炎 おたふく)	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有( 年)	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 判明 抗体価： _____ ( <input type="checkbox"/> EIA法 ・ <input type="checkbox"/> _____ 法) 検査日 年 月 日
④水痘 (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有( 年)	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 判明 抗体価： _____ ( <input type="checkbox"/> EIA法 ・ <input type="checkbox"/> _____ 法) 検査日 年 月 日
⑤B型肝炎	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無・不明 <input type="checkbox"/> 有( 年)	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 判明 抗体価： _____ ( <input type="checkbox"/> CLEIA法 ・ <input type="checkbox"/> _____ 法) 検査日 年 月 日

※1 上記の報告項目を満たしていれば、任意の書式でも可能です。

※2 こちらの報告書は実習開始までに、研修・実習先の部署の担当者へご提出ください

【上記記載の上、以下の表をご参照ください】

項目	ワクチン接種歴		ワクチン接種の 必要・不要	項目	抗体価		
	1回	2回			2回接種が必要	1回接種が必要	今すぐの接種不要
①麻疹	無	無	2回必要	麻疹(はしか)	EIA法(IgG) 2.0未満	EIA法(IgG) 2.0以上16.0未満	EIA法(IgG) 2.0以上16.0以上
				風疹		EIA法(IgG) 2.0以上8未満	EIA法(IgG) 2.0以上8以上
				ムンプス		EIA法(IgG) 2.0以上4未満	EIA法(IgG) 2.0以上4以上
				水痘		3回接種後、最終接種4~8週後に抗体検査(CLEIA法) 10mIU/ml以上で追加接種不要	
②風疹	有	無	1回必要				
③ムンプス	有	有	不要				
④水痘	有	有	不要				

(準拠) 日本環境感染学会 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第3版