（様式２）

抗体価検査等結果申告書

和歌山県立医科大学附属病院長　殿

**研修生**所属機関：　　　　　　　　　　　　　氏　　名：

**Ｂ型肝炎**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 検査日（年月日） | 検査方法（行った検査方法に○） | 測定値 | 基準 | ワクチン接種日（年月日） |
| HBs抗体 | 年　月　日　 | EIA・CLIA・CLEIA |  | ≧10.0lU/mL | 1回目　　年　月　日2回目　　年　月　日3回目　　年　月　日 |
| 　年　月　日 | EIA・CLIA・CLEIA |  |
| 備考 |  |

**麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎**　　　**\*検査方法はEIA（IgG）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 検査日（年月日） | 測定値 | 基準 | ワクチン接種日（年月日） |
| 陰性 | 陽性（基準を満たさない） | 陽性（基準を満たす） |
| 麻疹 | 　年　月　日 |  | <2 | 2-15.9 | ≧16.0 | 1回目　　年　月　日2回目　　年　月　日 |
| 風疹 | 　年　月　日 |  | <2 | 2-7.9 | ≧8.0 | 1回目　　年　月　日2回目　　年　月　日 |
| 水痘 | 　年　月　日 |  | <2（-） | 2-3.9（±） | ≧4.0（+） | 1回目　　年　月　日2回目　　年　月　日 |
| 流行性耳下腺炎 | 　年　月　日 |  | <2（-） | 2-3.9（±） | ≧4.0（+） | 1回目　　年　月　日2回目　　年　月　日 |
| 備考 |  |

**結核**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 検査日（年月日） | 検査結果（1つに○） | 基準 |
| 胸部レントゲン | 　年　　月　　日 | 異常の有無：有・無 | 異常無 |
| QFT　/　T-SPOTいずれかに○ | 　年　　月　　日 | 陰性・判定保留陽性・判定不可 | 陰性 |
| 備考 |  |

**インフルエンザワクチン接種**　　　　年　　月　　日　（接種予定もしくは接種日を記載）

**新型コロナウイルス感染症ワクチン接種**　計　　回　接種済　　最終接種年月　　　　年　　月

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

施設名：

施設長名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印