

抗体等検査証明書

(別紙)

学生氏名 _____ 年齢 _____ 学科 _____

* ご担当医へお願い

測定方法：麻疹・水痘・流行性耳下腺炎は EIA-IgG 法、風しんは HI 法にてお願いいたします。

麻疹

- (1) 抗体検査 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 定量値 (_____) 陰性 陽性
(2) ワクチン接種 接種日 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(3) 接種後抗体再検査 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 定量値 (_____) 陰性 陽性

風疹

- (1) 抗体検査 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 定量値 (_____) 陰性 陽性
(2) ワクチン接種 接種日 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(3) 接種後抗体再検査 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 定量値 (_____) 陰性 陽性

水痘

- (1) 抗体検査 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 定量値 (_____) 陰性 陽性
(2) ワクチン接種 接種日 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(3) 接種後抗体再検査 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 定量値 (_____) 陰性 陽性

流行性耳下腺炎 (ムンプス)

- (1) 抗体検査 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 定量値 (_____) 陰性 陽性
(2) ワクチン接種 接種日 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(3) 接種後抗体再検査 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 定量値 (_____) 陰性 陽性

B型肝炎 (HBs抗体)

- (1) 抗体検査 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 定性法： 陰性 陽性
(2) ワクチン接種 ①接種日 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
②接種日 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
③接種日 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(3) 接種後抗体再検査 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査法：EIA法あるいはCLIA法 定量値(_____)mIU/ml

ツベルクリン反応

接種日 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
判定 硬結 (_____ × _____) (_____) 二重発赤
発赤 (_____ × _____)

上記のとおり相違ないことを証明する。

診断日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療 (証明) 機関名 _____

診断医・担当責任者名 _____