

抗体検査結果報告書

住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_

ウイルス疾患名	抗体検査			ワクチン接種歴			
	検査方法	検査実施日	検査結果	接種日			
B型肝炎	EIA法	年 月 日			接種1回目	接種2回目	接種3回目
	CLIA法	年 月 日		第1回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	RIA法	年 月 日		第2回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日
麻しん	EIA(IgG)法	年 月 日		第1回目	年 月 日		
	PA法	年 月 日		第2回目	年 月 日		
水 痘	EIA(IgG)法	年 月 日		第1回目	年 月 日		
	IAHA法	年 月 日		第2回目	年 月 日		
風 疹	EIA(IgG)法	年 月 日		第1回目	年 月 日		
	HI法	年 月 日		第2回目	年 月 日		
流行性耳下腺炎	EIA(IgG)法	年 月 日		第1回目	年 月 日		
		年 月 日		第2回目	年 月 日		

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

機 関 名 \_\_\_\_\_

代表者職・氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(裏面)

記載注意事項

- 抗体検査の結果は、検査値を記載してください。
- 抗体が未獲得、または、2回のワクチン接種歴が証明されない場合は、実習受け入れが許可されないこともあります。
- ワクチン接種不応者(疾患やアレルギー等によりワクチン接種ができない者)は、別記様式第3-2号により申告してください。