

ワクチン接種歴・抗体価検査等の結果報告書

三重大学医学部附属病院長 殿

養成機関名/医療機関名 **記載不要** 申請者氏名: **本人サイン**

➤ 母子手帳のワクチン接種歴や医療機関の検査データなど、証明となる書類を確認の上、記載してください。

**結核** (胸部レントゲン検査は必須。QFT または T-SPOT の実施を推奨)

項目	検査日 (年月日)	検査結果	備考
胸部レントゲン	実習開始前 1 年以内の検査が必須 年 月 日	結核を疑う所見の 有 ・ 無	
QFT/T-SPOT (いずれかに○)	年 月 日	陰性・判定保留・ 陽性・判定不可	

コメントの追加 [k1]: 直近健康診断結果を参照し自身で記載

健康診断結果のコピーを添付

コメントの追加 [k2]: 記載不要

**B型肝炎** (ワクチンは3回接種 (0, 1, 6 か月) してください。また、3回目接種終了1か月後に抗体価を測定してください。)

ワクチン接種歴 (年月日) 必要回数: 3回	HBs 抗体検査日 (年月日)	検査方法 (行った検査方法に○)	検査結果*	追加ワクチン 接種日
1回目: 年 月 日	年 月 日	• EIA • CLIA	抗体値 mIU/mL	年 月 日
2回目: 年 月 日				年 月 日
3回目: 年 月 日	不明	• CLEIA • その他	≥10.0mIU/mL <10.0mIU/mL	年 月 日
不明				

(\*上段には数値を記載、下段は判定に○)

コメントの追加 [k3]: 入学時に学務へ提出した証明書を参照し、自身で記載

証明書または母子手帳のコピーを添付

**麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎**

(1歳以降、ワクチン接種歴が2回ない場合や不明な場合、抗体価測定を行ってください。)

項目	ワクチン接種歴 (年月日)	抗体検査日 (年月日)	検査方法 (行った検査方法に○)	検査結果*	ワクチン接種日 (追加接種を含む)
麻疹	1回目: 年 月 日	年 月 日	• EIA (IgG)	抗体値 陽性・判定保留・陰性	年 月 日
	2回目: 年 月 日				年 月 日
	不明				
風疹	1回目: 年 月 日	年 月 日	• EIA (IgG) • HI	抗体値 陽性・判定保留・陰性	年 月 日
	2回目: 年 月 日				年 月 日
	不明				
水痘	1回目: 年 月 日	年 月 日	• EIA (IgG) • IAHA	抗体値 陽性・判定保留・陰性	年 月 日
	2回目: 年 月 日				年 月 日
	不明				
流行性 耳下腺炎	1回目: 年 月 日	年 月 日	• EIA (IgG)	抗体値 陽性・判定保留・陰性	年 月 日
	2回目: 年 月 日				年 月 日
	不明				

(\*上段には数値を記載、下段は判定に○)

上記の者についてワクチン接種歴・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/医師名 :

印

コメントの追加 [k4]: 入学時に学務へ提出した証明書または母子手帳を参照し、自身で記載

証明書または母子手帳のコピーを添付

コメントの追加 [k5]: 記載不要