

抗体価検査等の結果報告書

記入例

三重大学医学部附属病院長 殿

養成機関名/医療機関名 ○○○○大学

実習生/研修生氏名： ○○ ○○

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	R4年 4月 28日	EIA・ <u>CLIA</u> ・CLEIA	6.5	≥10.0mIU/mL	1回目: R4年 5月 20日
	R4年 5月 30日	EIA・ <u>CLIA</u> ・CLEIA	126.5		2回目: R4年 6月 21日
備考	3回目: R4年 11月 18日				

麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎

項目	検査日 (年月日)	検査方法 (1つに○)	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	R4年 5月 30日	<u>EIA(IgG)</u>	19.8	<2	2-15.9	<u>≥16.0</u>	1回目: 年 月 日
		PA		<16	16-128	≥256	2回目: 年 月 日
		中和法		<4	4	≥8	
風疹	R4年 5月 30日	<u>HI</u>	16	<8	<u>8-16</u>	≥32	1回目: R4年 6月 15日
		EIA(IgG)		<2	2-7.9	≥8.0	2回目: 年 月 日
水痘	R4年 5月 30日	EIA(IgG)	<2	<2 (-)	2-3.9 (+)	≥4 (+)	1回目: H2年 10月 27日
		<u>IAHA</u>		<u><2</u>	2	≥4	2回目: R4年 7月 15日
		中和法		<4	4	≥8	
流行性 耳下腺炎	R4年 5月 30日	<u>EIA(IgG)</u>	6.6	<2 (-)	2-3.9	<u>≥4 (+)</u>	1回目: 年 月 日
備考	2回目: 年 月 日						

結核(胸部レントゲン検査は必須。可能であれば QFT または T-SPOT を実施)

※ツ反は不可

項目	検査日(年月日)	検査結果(1つに○)	基準
胸部レントゲン	R5年 10月 1日	異常の有無: <u>有</u> ・無	異常無
QFT(<u>T-SPOT</u>) (いずれかに○)	R5年 10月 1日	<u>陰性</u> ・判定保留 陽性・判定不可	陰性
備考	胸部X線は R5年 4月 15日に精査済み(胸膜癒着)		

※2 1年以内の検査日を記入してください

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 6年 2月 20日

養成機関名/医療機関名 : ○○○○大学

所属長/医師名 : ○○ ○○

印