

ワクチン接種歴・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 〇〇〇〇大学 申請者氏名: 〇〇 〇〇

➤ 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 2025 年 6 月 1 日	結核を疑う所見の 有 ・ <b>無</b>	
QFT/T-SPOT (いずれかに〇)	2025 年 6 月 1 日	<b>陰性</b> ・ 判定保留 ・ 陽性 ・ 判定不可	注意事項を必ず 読んで下さい

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 (行った検査方法に〇)	検査結果*	追加ワクチン 接種日
1 回目: 2024 年 11 月 20 日	2025 年 6 月 1 日	• EIA <b>CLIA</b>	抗体値 55.4 mIU/mL	年 月 日
2 回目: 2024 年 12 月 18 日				年 月 日
3 回目: 2025 年 4 月 30 日	不明	• CLEIA • その他	≥ 10.0 mIU/mL	年 月 日
不明				年 月 日

抗体価表  
参照

(\*上段には数値を記載、下段は判定に〇)

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 (行った検査方法に〇)	検査結果*	ワクチン接種日 (追加接種を含む)
麻疹	1 回目: 2021 年 11 月 7 日	年 月 日			
	2 回目: 2006 年 10 月 11 日				
	不明				
2 回のワクチン接種歴があるため抗体価検査不要					
風疹	1 回目: 2002 年 4 月 17 日	2024 年 4 月 1 日	<b>HI</b> • EIA (IgG)	抗体値 8	2024 年 4 月 20 日
	2 回目: 年 月 日				年 月 日
	不明				陽性 <b>判定保留</b> ・ 陰性
水痘	1 回目: 2002 年 5 月 20 日	2024 年 4 月 1 日	<b>EIA (IgG)</b> • IAHA	抗体値 < 2	2024 年 5 月 30 日
	2 回目: 年 月 日				年 月 日
	不明				陽性 ・ 判定保留 ・ <b>陰性</b>
流行性 耳下腺炎	1 回目: 年 月 日	2024 年 4 月 1 日	<b>EIA (IgG)</b>	抗体値 2.0 未満	2024 年 7 月 15 日
	2 回目: 年 月 日				2024 年 9 月 25 日
	<b>不明</b>				陽性 ・ 判定保留 ・ <b>陰性</b>

(\*上段には数値を記載、下段は判定に〇)

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。

2025 年 6 月 16 日

養成機関名/医療機関名 : 〇〇〇〇大学

所属長/医師名 : **△△ △△**

印

## 抗体価表

疾患名	検査方法	A：陰性 (-)	B：判定保留 (±)	C：陽性 (+)
		あと2回の予防接種が必要	あと1回の予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法-IgG	2.0未満	2.0～15.9	16.0以上
風疹	HI法	8倍未満	8倍、16倍	32倍以上
	EIA法-IgG	2.0未満	2.0～7.9	8.0以上
水痘	EIA法-IgG	2.0未満	2.0～3.9	4.0以上
	IAHA法	2倍未満	2倍	4倍以上
流行性 耳下腺炎	EIA法-IgG	2.0未満	2.0～3.9	4.0以上