

ウイルス抗体価確認書

氏名: _____ 性別 () 生年月日: (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

【記入上の注意】

- 1 ワクチン接種歴、または5年以内の抗体検査結果がある場合は、
証明できる書類(母子手帳、病院発行の接種記録、検査結果報告書など)のコピーを添付してください。
書類がない場合は、「無 または不明」にチェックしてください。
- 2 ワクチンを2回接種したことが証明できる場合、抗体検査の記載は不要です。

	ワクチン接種日	抗体検査日	検査結果
麻疹	<input type="checkbox"/> 無 または不明 <input type="checkbox"/> 有 ↓ ①20 年 月 日 ②20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 または不明 <input type="checkbox"/> 有 ↓ ①20 年 月 日 ※5年以内のみ有効	<input type="checkbox"/> PA法 _____ 倍 <input type="checkbox"/> NT(中和法) _____ 倍 <input type="checkbox"/> EIA-IgG _____ 判定 (-) (±) (+) ※その他の方法は記載不要
風疹	<input type="checkbox"/> 無 または不明 <input type="checkbox"/> 有 ↓ ①20 年 月 日 ②20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 または不明 <input type="checkbox"/> 有 ↓ ①20 年 月 日 ※5年以内のみ有効	<input type="checkbox"/> HI法 _____ 倍 <input type="checkbox"/> EIA-IgG _____ 判定 (-) (±) (+) ※その他の方法は記載不要
ムンプス	<input type="checkbox"/> 無 または不明 <input type="checkbox"/> 有 ↓ ①20 年 月 日 ②20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 または不明 <input type="checkbox"/> 有 ↓ ①20 年 月 日 ※5年以内のみ有効	<input type="checkbox"/> EIA-IgG _____ 判定 (-) (±) (+) ※その他の方法は記載不要
水痘	<input type="checkbox"/> 無 または不明 <input type="checkbox"/> 有 ↓ ①20 年 月 日 ②20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 または不明 <input type="checkbox"/> 有 ↓ ①20 年 月 日 ※5年以内のみ有効	<input type="checkbox"/> IAHA法 _____ 倍 <input type="checkbox"/> EIA-IgG _____ 判定 (-) (±) (+) ※その他の方法は記載不要
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 無 または不明 <input type="checkbox"/> 有 ↓ <input type="checkbox"/> 1クール 最終ワクチン接種日 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2クール 最終ワクチン接種日 20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 または不明 <input type="checkbox"/> 有 ↓ ①20 年 月 日 ※5年以内のみ有効	<input type="checkbox"/> HBs抗体 _____ mIU/mL <input type="checkbox"/> 陰性(-)

B型肝炎ワクチンの1シリーズ (0、1、6ヵ月後の3回接種)

