

## 流行性ウイルス疾患抗体検査

当院では感染症対策のため、見学・実習される方に直近の流行性ウイルス疾患抗体検査の結果を提出していただいています。

下記に記入のうえ、検査結果のコピーを添付してください。抗体価が当院基準で陰性あるいは疑陽性 (+) の場合は、1歳以上でワクチンを2回接種した記録、または見学・実習希望日の 28 日前までにワクチン接種を完了し、実施した ワクチン接種記録のコピーを添付してください。

なお、様式 2 および検査結果は、見学・実習終了後に破棄いたします。

【検査方法】麻疹・水痘・流行性耳下腺炎→E I A 法

風疹→E I A 法または H I 法

※上記以外の検査方式での結果をお持ちの方は、上記方式での再検査をお願いいたします。

\*該当箇所に○をしてください

検査項目	①抗体価検査	②抗体価 (当院採用の基準値)	③ワクチン接種
麻疹 (はしか)	E I A 法 → した していない	陽 性 (E I A 法 : 16.0 以上) 陰性・疑陽性 →③	し た → 接種記録を添付 していない
風疹 (三日はしか)	E I A 法 → した または H I 法 していない	陽 性 (E I A 法 : 8.0 以上、 (H I 法 : 32 倍以上) 陰性・疑陽性 →③	し た → 接種記録を添付 していない
水痘 (水ぼうそう)	E I A 法 → した していない	陽 性 (E I A 法 : 4.0 以上) 陰性・疑陽性 →③	し た → 接種記録を添付 していない
流行性耳下腺炎 (おたふく)	E I A 法 → した していない	陽 性 (E I A 法 : 4.0 以上) 陰性・疑陽性 →③	し た → 接種記録を添付 していない

ツベルクリン反応検査	陽 性	陰 性	不 明
------------	-----	-----	-----

※ツベルクリン検査結果の添付は必須ではありません。

令和 年 月 日

学校名・勤務先 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)