

感染症抗体価およびワクチン接種歴調査票

抗体価検査結果またはワクチン接種歴が確認できる書類をお手元にご用意のうえ、ご記入お願いいたします。
提出の際は、抗体価検査結果またはワクチン接種歴が確認できる書類のコピーを添付してご提出ください。

ふりがな	性別	生年月日	職種
氏名	男・女	西暦 年 月 日	

【ワクチン接種歴】

項目	1 歳以上の接種歴
麻疹	年 月 日
	年 月 日 • 不明
	年 月 日
風疹	年 月 日
	年 月 日 • 不明
	年 月 日
水痘	年 月 日
	年 月 日 • 不明
	年 月 日
流行性耳下腺炎	年 月 日
	年 月 日 • 不明
	年 月 日

【備考欄】 ワクチン接種が受けられない方は、接種不可のワクチンの種類と接種不可理由をご記入ください。

--

【感染症抗体価】 1 歳以上で 2 回のワクチン接種歴が証明できる方は、以下の記入は不要です。

項目	検査日	検査方法 行った検査方法に○	測定値
麻疹	年 月 日	EIA (IgG)	
		PA	
風疹	年 月 日	EIA (IgG)	
		HI	
水痘	年 月 日	EIA (IgG)	
		IAHA	
流行性 耳下腺炎	年 月 日	EIA (IgG)	