年　　月　　日

実習者（研修者）抗体検査結果報告書

貴院において　　年　　月　　日から開始する実習（研修）に際し、下記の通りの抗体検査結果及びワクチン接種状況をご報告いたします。

記

１．研修・実習者氏名

２．抗体検査結果及びワクチン接種状況

検査項目 (当院基準)	抗体価（IU/ml）		検査法	ワクチン接種日
麻　疹 (16.0 以上)		不　明	EIA、HI その他(　　)	①　　年　　月　　日 ②　　年　　月　　日
風　疹 (8.0 以上)		不　明	EIA、HI その他(　　)	①　　年　　月　　日 ②　　年　　月　　日
水　痘 (4.0 以上)		不　明	EIA、HI その他(　　)	①　　年　　月　　日 ②　　年　　月　　日
流行性耳下腺炎 (4.0 以上)		不　明	EIA、HI その他(　　)	①　　年　　月　　日 ②　　年　　月　　日
HBs 抗体 (10.0 以上)		不　明	CLEIA、CLIA その他(　　)	①　　年　　月　　日 ②　　年　　月　　日 ③　　年　　月　　日

※当院の基準値に達していない場合はワクチンの追加接種を推奨いたします。
追加接種をされる場合は接種日（提出後に接種される場合は接種予定日）を記載して提出してください。
なお、抗体価が基準値に満たしていなくてもワクチンの接種回数が基礎接種回数に満たしている場合は抗体の陽性を認めます。