

感染管理室	医師事務	総務課

抗体検査結果報告書（事務職）

記入日 年 月 日

社会福祉法人 恩賜 財団 済生会 神栖済生会病院長 殿

職種（ ） 氏名 _____

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

項目	検査日 (年月日)	検査方法 (1 つに○)	測定値(数 値を記入)	基準			ワクチン 接種日 (西暦 年月日)
				陰性	陽性(基準 を満たさない)	陽性(基準 を満たす)	
麻疹	年 月 日	EIA(IgG)IU/ml		2未満	2~15.9	16以上	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日
		PA法(倍)		16倍未満	16~128倍	256倍以上	
		中和法(倍)		4倍未満	4倍	8倍以上	
風疹	年 月 日	HI法(倍)		8倍未満	8~16倍	32倍以上	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日
		EIA(IgG)IU/ml		2未満	2~7.9	8以上	
水痘	年 月 日	EIA(IgG)IU/ml		2未満	2~3.9	4以上	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日
		IAHA(倍)		2倍未満	2倍	4倍以上	
		中和法(倍)		2倍未満	2倍	4倍以上	
						水痘抗原皮 内テストで 陽性(5mm 以上)	
流行性 耳下腺炎	年 月 日	EIA(IgG)IU/ml		2未満(-)	2~3.9	4以上(+)	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日
備考							

新型コロナウイルスワクチン接種歴

インフルエンザウイルスワクチン接種日（10月～3月）

() 回接種
最終接種日: 年 月 日

年 月 日

結核 ※ツ反は不可

項目	検査日 (年月日)	検査結果 (1つに○)	基準
QFT/T-SPOT (いずれかに○)	年 月 日	陰性・判定保留 陽性・判定不可	陰性
備考			

※記載した部分のコピーも一緒に提出してください。