

イムス葛飾ハートセンター 抗体価検査等の結果報告書

イムス葛飾ハートセンター病院長 殿

記入日: _____ 年 月 日

実習/見学期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

実習生/見学生氏名: _____

1. 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(必須) 検査結果、ワクチン接種を証明する書類(コピー)を添付ください。

項目	検査日	検査方法	測定値	ワクチン接種基準(該当する測定値に○)		ワクチン接種日
				接種不要	最低1回接種 (陰性の場合2回推奨)	
麻疹	年 月 日	EIAG(IgG)		16 以上	15.9 未満	年 月 日
風疹	年 月 日	EIAG(IgG)		8 以上	7.9 未満	年 月 日
水痘	年 月 日	EIAG(IgG)		4 以上	3.9 未満	年 月 日
流行性耳下腺炎 (ムンプス)	年 月 日	EIAG(IgG)		4 以上	3.9 未満	年 月 日
特記事項(アレルギー等)						

2. 結核(必須) 実習/見学期間1年以内の胸部X線写真で異常がないことを確認します。

QFT/T-SPOT 検査値もあれば参考とします。測定していればご記入ください。

項目	検査日	検査結果(1つに○)	基準
胸部レントゲン	年 月 日	異常の有無:有・無	異常無
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			

3. B型肝炎(必須) 検査結果、ワクチン接種を証明する書類(コピー等)を添付ください。

項目	検査日	検査方法	測定値	基準	ワクチン接種日 (年月日)
HBs 抗体	年 月 日	CLIA		≥10.0mIU/mL	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日 3回目: 年 月 日
備考					

4. インフルエンザ予防接種(実習/見学期間に応じて必須)

12月から3月の期間で実習/見学を行う場合は、季節性インフルエンザの予防接種を受けてください。

アレルギー等で接種ができない場合はその旨を記入ください

ワクチン接種日	年 月 日
備考	

上記の者について抗体価検査等について上記のとおり確認しました。

年 月 日

学校名: _____

学校責任者: _____ (印)

記入日: 2020年6月1日

実習/研修期間: 2020年7月1日～7月30日

実習生/研修生氏名: イムス葛飾 太郎

1. 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎(必須) 検査結果、ワクチン接種を証明する書類(コピー)を添付ください。

項目	検査日	検査方法	測定値	ワクチン接種基準(該当する測定値に○)		ワクチン接種日
				接種不要	最低1回接種 (陰性の場合2回推奨)	
麻疹	2019年7月1日	EIAG(IgG)	17.3	16以上	15.9未満	年 月 日
風疹	2019年7月1日	EIAG(IgG)	7.8	8以上	7.9未満	年 月 日
水痘	2019年7月1日	EIAG(IgG)	5.9	4以上	3.9未満	年 月 日
流行性耳下腺炎 (ムンプス)	2019年7月1日	EIAG(IgG)	3.3	4以上	3.9未満	年 月 日
特記事項(アレルギー等)						

2. 結核(必須) 実習/見学1年以内の胸部X線写真で異常がないことを確認します。

QFT/T-SPOT 検査値もあれば参考とします。測定していればご記入ください。

項目	検査日	検査結果(1つに○)	基準
胸部レントゲン	2019年7月1日	異常の有無:有・無	異常無
QFT / T-SPOT (いずれかに○)	2019年7月1日	陰性・判定保留・陽性・判定不可	陰性
備考			

3. B型肝炎(必須) 検査結果、ワクチン接種を証明する書類(コピー等)を添付ください。

項目	検査日	検査方法	測定値	基準	ワクチン接種日 (年月日)
HBs抗体	2019年7月1日	CLIA	15.9	≥10.0mIU/mL	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日 3回目: 年 月 日
備考					

4. インフルエンザ予防接種(実習/見学時期に応じて必須)

12月から3月の期間で実習/見学を行う場合は、季節性インフルエンザの予防接種を受けてください。

アレルギー等で接種ができない場合はその旨を記入ください

ワクチン接種日	2019年12月10日
備考	

上記の者について抗体価検査等について上記のとおり確認しました。

2020年6月1日

学校名: イムスハート看護専門学校

学校責任者: 葛飾 心太郎