感染症免疫獲得状況調査票

資料１

記入日　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	(西暦)　　年　　月　　日
氏名			

＊麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎ワクチン接種フローチャート(図１)に従い「感染症に関する免疫獲得状況調査票」を記載してください。

＊ワクチン接種歴及び抗体検査結果を証明書類(提出書類)にチェックし提出してください。

【必須】麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

調査票 A		麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎
ワクチン接種	接種回数	回	回	回	回
	接種日 (西暦)	年　月　日 年　月　日	年　月　日 年　月　日	年　月　日 年　月　日	年　月　日 年　月　日
	提出書類 (チェックする)	□母子健康手帳 □医療機関証明書 □学校証明書 □その他 (　　)	□母子健康手帳 □医療機関証明書 □学校証明書 □その他 (　　)	□母子健康手帳 □医療機関証明書 □学校証明書 □その他 (　　)	□母子健康手帳 □医療機関証明書 □学校証明書 □その他 (　　)

調査票 A にて２回以上のワクチン接種歴及び証明書提出ができる場合、調査票 B の記入は任意

調査票 B		麻疹	風疹	水痘	流行性耳下腺炎
抗体検査	検査日 (西暦)	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	検査法 (チェックする)	□EIA 法 □PA 法 □NT 法(中和法)	□EIA 法 □HI 法 □その他	□EIA 法 □IAHA 法 □その他	□EIA 法
	抗体値				
	抗体価判定 表 1) 検査方法と検査基準値参照	□陰性 □基準を満たさない □基準を満たす	□陰性 □基準を満たさない □基準を満たす	□陰性 □基準を満たさない □基準を満たす	□陰性 □基準を満たさない □基準を満たす
	提出書類 (チェックする)	□母子健康手帳 □医療機関証明書 □学校証明書 □その他 (　　)	□母子健康手帳 □医療機関証明書 □学校証明書 □その他 (　　)	□母子健康手帳 □医療機関証明書 □学校証明書 □その他 (　　)	□母子健康手帳 □医療機関証明書 □学校証明書 □その他 (　　)

【任意】B 型肝炎

	ワクチン接種日	ワクチン１シリーズ後の HBs 抗体価
HBs 抗体	１回目　　年　月　日 ２回目　　年　月　日 ３回目　　年　月　日 不明な場合　　年頃	HBs 抗体価が 10mIU/ml 以上が確認された：　□はい　□　いいえ 検査日　：　　年　　月　　日 検査方法：　□　CLEIA 法　・　□　CLA 法 測定値　：　　mIU/ml