

抗体価等確認表

社会医療法人渡邊高記念会 殿

看護師特定行為研修	受講者氏名
研修期間	年 月 日 ~ 年 月 日

項目	検査日	抗体価検査結果	測定値	基準値			ワクチン接種日（年月日）
		（該当箇所には○）		2回予防接種要	1回予防接種要	予防接種不要	
麻疹	年 月 日	EIA（IgG）		<2	2～15.9	≧16.0	1回目
		PA		<16	16～128	≧256	2回目
		NT法		<4	4	≧8	
風疹	年 月 日	EIA（IgG）		<2	2～7.9	≧8.0	1回目
		HI法		<8	8～16	≧32	2回目
水痘	年 月 日	EIA（IgG）		<2	2～3.9	≧4	1回目
		IAHA		<8	8～16	≧32	2回目
流行性 耳下腺炎	年 月 日	EIA（IgG）		<2	2～3.9	≧4	1回目 2回目
HBs抗体	年 月 日	EIA		基準値			1回目
		RIA		≧10 mIU/mL （1シリーズのワクチン接種後）			2回目
CLIA		3回目					
CLEIA							
COVID-19	ワクチン接種日		回目	年 月 日			
備考							

季節性インフルエンザワクチン（受講前の接種は不要です）

項目	ワクチン接種日（年月日）
インフルエンザワクチン	年 月 日

上記の通り証明します。 年 月 日

医療機関名： _____

医師名： _____