

# 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<br>耳下腺炎 | 年 月 日 | EIA（IgG）  |     | <2                            | 2～3.9   | ≧4     | 1回目<br>2回目   |
| HBs抗体       | 年 月 日 | EIA       |     | 基準値                           |         |        | 1回目          |
|             |       | RIA       |     | ≧10 mIU/mL<br>（1シリーズのワクチン接種後） |         |        | 2回目          |
| CLIA        | 3回目   |           |     |                               |         |        |              |
| CLEIA       |       |           |     |                               |         |        |              |
| 備考          |       |           |     |                               |         |        |              |

上記の通り証明します。 年 月 日

医療機関名： \_\_\_\_\_

医師名： \_\_\_\_\_