**感　染　症　抗　体　価　確　認　用　紙**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **性　　別** | 男　・　女 |
| **氏　　名** |  | **生年月日** | 年　　　月　　　日 |
| **所属施設名** |  | | |

**各　種　抗　体　価**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **項目** | **測定値** | **検査法** | **検査日** |
| 麻　疹 |  |  | 年　　月　　日 |
| 風　疹 |  |  | 年　　月　　日 |
| 水　痘 |  |  | 年　　月　　日 |
| 流行性耳下腺炎 |  |  | 年　　月　　日 |
| HBs抗体 |  |  | 年　　月　　日 |

**ワ　ク　チ　ン　接　種　歴**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **接種日** |  | **接種日** |
| 麻　疹 | 1回目 | 年　　月　　日 | 2回目 | 年　　月　　日 |
| 風　疹 | 1回目 | 年　　月　　日 | 2回目 | 年　　月　　日 |
| 水　痘 | 1回目 | 年　　月　　日 | 2回目 | 年　　月　　日 |
| 流行性耳下腺炎 | 1回目 | 年　　月　　日 | 2回目 | 年　　月　　日 |
| B型肝炎 | 1回目 | 年　　月　　日 | 2回目 | 年　　月　　日 |
| 3回目 | 年　　月　　日 |  | |

記載日：　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 記載者氏名：

【記載について】

* 受講までに必要となるワクチン接種について確認するための用紙です、自記式で記入ください。
* 本学附属病院の職員は、本用紙の提出は不要です。
* 直近、所属施設や開業医等で測定された値を記載してください。
* 測定歴がないもの、若しくは測定歴が不明な場合は空欄にしてください。（合格通知後に本学指定の検査方法による抗体価等、医師が記載した健康診断証明書を提出していただくことになりますので、空欄で結構です。）
* ワクチン接種歴があれば、接種日を記載してください。