感染症抗体検査・ワクチン接種歴申告書

公立豊岡病院組合

① 以下の太枠部分について記載して下さい。
② 記載した項目については、検査結果が分かるもの（結果報告書、施設等が発行する抗体検査証明書等）及び
ワクチン接種歴が分かるもの（母子手帳、施設等が発行するワクチン接種証明書等）の写しを添付して下さい。

職員ID	
入職日	年　月　日

記載日	年　月　日
氏名	
職種	
生年月日	年　月　日

疾患名	検査歴	検査日	検査法	抗体価	1歳以上でのワクチン接種記録		※
麻疹（はしか）	1．有 2．無	年　月　日	EIA法		記録	1．有　2．無	
					1回目	年　月　日	
					2回目	年　月　日	
風疹（三日はしか）	1．有 2．無	年　月　日	どちらか○印 1．EIA法 2．HI法		記録	1．有　2．無	
					1回目	年　月　日	
					2回目	年　月　日	
水痘（水ぼうそう）	1．有 2．無	年　月　日	EIA法		記録	1．有　2．無	
					1回目	年　月　日	
					2回目	年　月　日	
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	1．有 2．無	年　月　日	EIA法		記録	1．有　2．無	
					1回目	年　月　日	
					2回目	年　月　日	

区分	検査歴	検査日	抗体価	ワクチン接種記録と接種日			※
B型肝炎【HBs抗体】	1．有 2．無	年　月　日	mIU/ml	記録		1．有　2．無	
				1ｼﾘｰｽﾞ	1回目	年　月　日	
					2回目	年　月　日	
					3回目	年　月　日	
				2ｼﾘｰｽﾞ	1回目	年　月　日	
					2回目	年　月　日	
					3回目	年　月　日	

区分	検査歴	検査日	検査法	測定値		※
結核IGRA検査	1．有 2．無	年　月　日	1．QFT3G	QFT3G	TB抗原	
					MITOGEN	
					NIL	
			1．QFT4G	QFT4G	TB抗原　(TB1：　TB2:　)	
					MITOGEN	
					NIL	
			2．T-SPOT	T-SPOT	A抗原	
					B抗原	
					陽性ｺﾝﾄﾛｰﾙ	
					陰性ｺﾝﾄﾛｰﾙ	
結核既往歴	1．無　2．有（　）歳		潜在性結核感染症治療歴	1．無　2．有（　）歳		

（証明者あるいは所属に属する者は施設名及び施設長等）

氏名　　印