

抗体価等確認表

医療法人喜望会 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							
備考							

上記の通り証明します。 年 月 日

医療機関名 : _____

医師名 : _____