抗体検査・ワクチン接種証明書

　　　 ふりがな：

所属：　　 　　　　　　　　　 氏　　名：

**（１）抗体価を以下に記載してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象疾患 | 検査方法 | 検査日 | 結果・測定値 | 判定 |
| 麻疹 | EIA　PA 中和 | 年　 月　日 |  | 陽性・低値・陰性 |
| 風疹 | HI　EIA | 年　 月　日 |  | 陽性・低値・陰性 |
| 水痘 | EIA　IAHA　中和 | 年　 月　日 |  | 陽性・低値・陰性 |
| ムンプス | EIA | 年　 月　日 |  | 陽性・低値・陰性 |
| B型肝炎 |  | 年 　月　日 |  | 陽性・低値・陰性 |

**（２）抗体価が低値・陰性の場合は、新たにワクチンを必要回数接種のうえ、以下に  
ワクチン接種歴を記載してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象疾患 | ワクチン接種日 | 備考 |
| 麻疹 | 年　　 月　　 日  年　 　月　　 日 |  |
| 風疹 | 年　　 月　　 日  年　　 月　　 日 |  |
| 水痘 | 年　 　月 　　日  年　 　月　　 日 |  |
| ムンプス | 年　　 月　　 日  年　　 月　　 日 |  |
| B型肝炎 | 年 　　月　　 日  年　 　月　　 日  年　 　月　　 日 |  |

**上記の記載内容に相違ないことを証明します。**

証明機関名：

証明機関住所：

証明者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印