

抗体価検査結果報告書

総合守谷第一病院 病院長 殿

提出日： 西暦 年 月 日

学校名： _____

学科名： _____

氏名： _____

性別： 男 ・ 女

生年月日： 西暦 年 月 日

年齢： 歳

以下の通り、報告致します

検査項目	検査年月日	検査方法	基準値	測定値	実施医療機関	基準値における判定	
麻疹	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA 法(IgG)	16.0 以上			<input type="checkbox"/> 満たして いる	<input type="checkbox"/> いない
		<input type="checkbox"/> PA 法	1:256 以上				
		<input type="checkbox"/> 中和法	1:8 以上				
流行性 耳下腺炎	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA 法(IgG)	4.0 以上			<input type="checkbox"/> 満たして いる	<input type="checkbox"/> いない
風疹	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> HI 法	1:32 以上			<input type="checkbox"/> 満たして いる	<input type="checkbox"/> いない
		<input type="checkbox"/> EIA 法 (IgG)	8.0 以上				
水痘	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA 法(IgG)	4.0 以上			<input type="checkbox"/> 満たして いる	<input type="checkbox"/> いない
		<input type="checkbox"/> IAHA 法	1:4 以上				
		<input type="checkbox"/> 中和法	1:4 以上				

B 型肝炎 (HBs 抗体)	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA 法 (IgG)	10mIU/mL 以上			<input type="checkbox"/> 満たして いる	<input type="checkbox"/> いない
		<input type="checkbox"/> CLEIA 法					
		<input type="checkbox"/> CLIA 法					
B 型肝炎ワクチン接種歴		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 1 シリーズ <input type="checkbox"/> 2 シリーズ)					

以上

※1 検査方法を選択し測定値を記載してください。

※2 検査を実施していない項目は測定値に未実施と記入をして提出して下さい。