（病院実習生）　様式4

ワクチン接種歴・抗体検査結果及び胸部エックス線検査結果報告書

東京新宿メディカルセンター病院長　殿

	麻疹				風疹				水痘				流行性耳下腺炎		B型肝炎		胸部エックス線検査	コメント欄	インフルエンザワクチン接種日（実習期間が12月～3月の場合のみ）
	ワクチン接種	抗体検査（いずれか1つ）			ワクチン接種	抗体検査（いずれか1つ）			ワクチン接種	抗体検査（いずれか1つ）			ワクチン接種	抗体検査	ワクチン接種	抗体検査		（病気や体質等やむを得ない事情により予防接種を受けられない場合は、理由を記載すること）	
		EIA法-IgG	PA法	NT法		EIA法-IgG	HI法	LA法		EIA法-IgG	IAHA法	NT法		EIA法-IgG		CLIA法			
氏名	接種回数	検査日			接種回数	検査日			接種回数	検査日			接種回数	検査日	1回目接種日	検査日	検査日		
	1回目接種日	抗体価			1回目接種日	抗体価			1回目接種日	抗体価			1回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	所見		
	2回目接種日	結果（自動計算）			2回目接種日	結果（自動計算）			2回目接種日	結果（自動計算）			2回目接種日	結果	3回目接種日	結果（自動計算）			
記 入 例	2	2019/4/1	2019/4/1	2019/4/1	2	2019/4/1	2019/4/1	2019/4/1	2	2019/4/1	2019/4/1	2019/4/1	2	2019/4/1	2012/3/1	2019/4/1	2019/4/1		2020/11/1
	1990/2/3	16	256	8	1990/2/3	8	32	32	2006/2/1	4	4	4	2006/2/1	4	2012/4/1	10			
	2000/4/1	陽性	陽性	陽性	2000/4/1	陽性	陽性	陽性	2012/9/10	陽性	陽性	陽性	2012/9/10	陽性	2012/9/10	陽性	異常なし		

貴院で実習する上記　　名の抗体検査結果について上記のとおり確認しました。

年　　月　　日

医療機関の

名　　称:

長の氏名:　　印

個人での申し込みの場合

氏　名:　　印