

ご担当医 様

## 抗体検査実施証明書 記入について(ご依頼)

神戸総合医療専門学校は医療従事者の養成を目的とした教育機関です。感染予防に対する本校の対応として、下記に示す抗体検査を入学前の学生に行ってもらい、基準値を満たさないものについては入学後にワクチン接種を実施します。つきましては、麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘はIgG-EIA法で、B型肝炎はCLIA法等の mIU/mLで数値が出る方法で抗体価測定をお願い申し上げます。なお、判定基準は日本環境感染学会の医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版に基づいています。

問い合わせ先:神戸総合医療専門学校 学生支援係 078-795-8000

## 抗体検査実施証明書

氏名

性別 男 ・ 女

生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日

| 抗体価検査    | 検査日      | 検査結果                   | 基準値          | 備考 |
|----------|----------|------------------------|--------------|----|
| 麻疹       | 令和 年 月 日 | 抗体価(IgG-EIA法)<br>===== | 16.0以上       |    |
| 風疹       | 令和 年 月 日 | 抗体価(IgG-EIA法)<br>===== | 8.0以上        |    |
| 水痘       | 令和 年 月 日 | 抗体価(IgG-EIA法)<br>===== | 4.0以上        |    |
| 流行性耳下腺炎  | 令和 年 月 日 | 抗体価(IgG-EIA法)<br>===== | 4.0以上        |    |
| B型肝炎ウイルス | 令和 年 月 日 | ===== mIU/mL *         | 10.0mIU/mL以上 |    |

\* 定量検査(EIA法、CLIA法等の mIU/mL で値が出る方法)で検査してください

上記のとおり証明します

令和 年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印