

日本大学歯学部付属歯科病院 感染症関連記録報告書

(ふりがな)	性別	生 年 月 日
氏 名	男 ・ 女	西 暦 年 月 日 生
現住所 〒 Tel ()		

*抗体価検査について、6ヶ月以内に受けた結果(コピー可)を添付のうえ、ご自身で記入してください。

*下記以外の検査法の場合は、備考欄に検査法を記入して下さい。

検 査 項 目	検 査	予 防 接 種	備 考
麻疹抗体 (IgG-EIA法)	西 暦 年 月 日	左記検査後の予防接種状況 <input type="checkbox"/> 接種済 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種	
	抗体価:		
	判定 陽性 ・ 擬 陽性 ・ 陰性		
風疹抗体 (IgG-EIA法)	西 暦 年 月 日	左記検査後の予防接種状況 <input type="checkbox"/> 接種済 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種	
	抗体価:		
	判定 陽性 ・ 擬 陽性 ・ 陰性		
流行性 耳下腺炎抗体 (IgG-EIA法)	西 暦 年 月 日	左記検査後の予防接種状況 <input type="checkbox"/> 接種済 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種	
	抗体価:		
	判定 陽性 ・ 擬 陽性 ・ 陰性		
水痘抗体 (IgG-EIA法)	西 暦 年 月 日	左記検査後の予防接種状況 <input type="checkbox"/> 接種済 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未接種	
	抗体価:		
	判定 陽性 ・ 擬 陽性 ・ 陰性		

当院では、感染予防対策として、陽性であっても抗体価が基準以下の値は、免疫力が乏しいので予防接種を推奨しています。

ワクチン接種が推奨される値 【麻疹:25以下 風疹:13以下 水痘:7以下 流行性耳下腺炎:9以下】
(日本大学歯学部付属歯科病院が推奨している値)

上記のとおり相違ないことを報告します。

西 暦 年 月 日

氏 名

印