

抗体価検査等の結果について

氏名： _____ 性別： 男性 ・ 女性 _____

生年月日： (S・H) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

下記の通りの結果となりました。

抗体価検査	検査年月日	抗体価測定値	判定（基準値について）	基準値
麻疹 IgG(EIA 法)	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/> 満たしている <input type="checkbox"/> いない	16.0 以上
流行性耳下腺炎 IgG (EIA 法)	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/> 満たしている <input type="checkbox"/> いない	4.0 以上
風疹 (EIA 法・HI 法)	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/> 満たしている <input type="checkbox"/> いない	8.0 以上 (EIA 法) 32 倍以上 (HI 法)
水痘 IgG(EIA 法)	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/> 満たしている <input type="checkbox"/> いない	4.0 以上

 お近くのクリニック等でワクチン接種を行ってください。 検査の結果、問題はありませんでした。

上記理由により、

 受入可 受入不可 ワクチン接種後、受入可

とします。

昭和医科大学横浜市北部病院

ボランティア委員会