

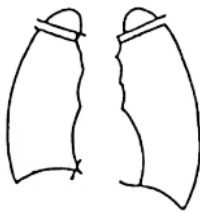
専門学校高崎福祉医療カレッジ 2024年度入学者様式

健康診断書／感染症抗体等検査表

学校記入【学籍番号】

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日 (歳)

<健康診断>

身長・体重	cm	kg	胸部X線		撮影日： 年 月 日	
血圧	/	mmHg			所見：	
視力	右 ()	左 ()				
聴力	右 正常・異常 ()	左 正常・異常 ()				
心電図所見			尿検査	蛋白	糖	潜血
特記事項 ・ 既往歴 ・ 内服薬等			血液検査	血液一般	赤血球数 ($\times 10^4/\mu\ell$)	
					血色色素量 (g/dℓ)	
				肝機能	GOT (IU/ℓ)	
					GPT (IU/ℓ)	
					γ -GTP (IU/ℓ)	
				腎機能	クレアチニン (mg/dℓ)	
糖代謝	血糖 (mg/dℓ)					

<感染症抗体等検査>

検査実施日： 年 月 日

*麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

検査項目	抗体価の参考判定基準 ※EIA法の場合	検査方法 (○を付ける) ※EIA法以外の場合 () 内に記入し、裏の基準値を参照	抗体価	判定 ※○を付ける
麻疹	(-) 2.0未満 2回接種 (±) 2.0以上16.0未満 1回接種 (+) 16.0以上 接種不要	EIA法、()		+ / ± / -
風疹	(-) 2.0未満 2回接種 (±) 2.0以上8.0未満 1回接種 (+) 8.0以上 接種不要	EIA法、()		+ / ± / -
水痘 (水ぼうそう)	(-) 2.0未満 2回接種 (±) 2.0以上4.0未満 1回接種 (+) 4.0以上 接種不要	EIA法、()		+ / ± / -
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	(-) 2.0未満 2回接種 (±) 2.0以上4.0未満 1回接種 (+) 4.0以上 接種不要	EIA法、()		+ / ± / -

*B型肝炎

検査項目	抗体価の参考判定基準	検査方法 (○を付ける) ※記載の方法以外の場合、() 内に記入	数値	判定 ※○を付ける
B型肝炎	HBs抗原 CLIA法の場合 CLEIA法の場合 (-) 0.05IU/ml未満 0.005IU/ml未満 (+) 0.05IU/ml以上 0.005IU/ml以上	CLIA法、CLEIA法、()		+ / -
	HBs抗体 (-) 10mIU/ml未満 3回接種 (+) 10mIU/ml以上 接種不要	CLIA法、CLEIA法、()		+ / -

ワクチン接種に関する特記事項
(ワクチン接種不可の場合の理由等)

<ご担当医様 「検査方法」、「抗体価・数値」、「判定」の項目は全てご記載いただきますようお願い致します。>

上記の通り相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

(参考)

・麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎判定基準参考

一般社団法人日本環境感染学会 医療関係者のワクチンガイドライン 第3版より

表1 MMRV 抗体価と必要予防接種回数（予防接種の記録がない場合）

	あと2回の予防接種が必要	あと1回の予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法 (IgG) 2.0未満 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満	EIA法 (IgG) 2.0以上16.0未満 PA法 1:16、1:32、1:64、1:128 中和法 1:4	EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) ΔA0.100未満 ※：陰性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0AI未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満 CLIA法 (I) 10IU/mL未満 LTI法 (J) 6IU/mL未満	HI法 1:8、1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上3.0AI未満 FIA法 (H) 10以上30IU/mL未満 CLIA法 (I) 10以上25IU/mL未満 LTI法 (J) 6以上35IU/mL未満	HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0AI以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上 CLIA法 (I) 25IU/mL以上 LTI法 (J) 35IU/mL以上
水痘	EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2	EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
おたふくかぜ	EIA法 (IgG) 2.0未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満	EIA法 (IgG) 4.0以上

※ΔAは、ベア穴の吸光度の差（陰性の場合、国際単位への変換は未実施）

風疹HI法：なお、1:8以下の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

A：デンカ生研株式会社（ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG：なお、6.0未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

B：シーメンスヘルスケアダイアグノスティックス（エンザイグノストB風疹/IgG）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

C：シスメックス・ビオメリュー株式会社（バイダスアッセイキットRUB IgG）：なお、25IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

D：極東製薬工業株式会社（ランピアラテックスRUBELLA）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

E：ベックマン・コールター株式会社（アクセスルベラIgG）：なお、20IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

F：株式会社保健科学西日本（i-アッセイCL風疹IgG）：なお、抗体価11未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

G：バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社（BioPlex MMRV IgG）：なお、抗体価1.5AI未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

H：バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社（BioPlex ToRC IgG）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

I：アボットジャパン株式会社（Rubella-Gアボット）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

J：極東製薬工業株式会社（ランピアラテックスRUBELLA II）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

* 第5期定期接種は、2019年～2025年3月までの期間限定で、対象は昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性です。

・B型肝炎検査項目判定基準参照HP

CLIA法（株式会社ビー・エム・エルHPより）

【HBs抗原】<http://uwb01.bml.co.jp/kensa/search/detail/3803055>

【HBs抗体】<http://uwb01.bml.co.jp/kensa/search/detail/3803058>

CLEIA法（株式会社エスアールエルHPより）

【HBs抗原】<https://test-guide.srl.info/hachioji/test/detail/025610602>

【HBs抗体】<https://test-guide.srl.info/hachioji/test/detail/005490602>