広島大学歯学部歯科衛生士教育研修センター

感染症抗体検査(HBs 抗原・抗体検査を含む)証明書およびワクチン接種証明書

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日 生（満　　歳）　　男　・　女

【検査】次の指定の検査方法で測定してください。

項目	検査方法	測定値	ワクチン接種基準			実施年月日
麻疹	EIA 法-IgG		16.0 未満			年　月　日
風疹	EIA 法-IgG		8.0 未満			年　月　日
水痘	EIA 法-IgG		4.0 未満			年　月　日
ムンプス	EIA 法-IgG		4.0 未満			年　月　日
HBs 抗原	CLIA 法または CLEIA 法	(IU/mL)	－　±		＋	年　月　日
HB s 抗体	CLIA 法または CLEIA 法	(mIU/mL)	－		＋	年　月　日
判定医師	記載日（西暦）　年　月　日 住所 医療機関名 医師名　印					

【ワクチン接種】

	ワクチン名	実施年月日(上記検査実施日以降)	備考
ワクチン接種	MR ワクチン	年　月　日	
	麻疹	年　月　日	
	風疹	年　月　日	
	水痘	年　月　日	
	ムンプス	年　月　日	
	B 型肝炎ワクチン	1 回目　年　月　日 2 回目　年　月　日 3 回目　年　月　日	
ワクチン接種医師	記載日（西暦）　年　月　日 住所 医療機関名 医師名　印		

＊各項目について、**実習開始日より５年以内**に受けた検査結果をお持ちの場合、**証明書(検査結果用紙など)と合わせてご提出ください。**ワクチン接種基準をご確認いただき、測定値が基準に満たさない場合は、上記の表に従い、ワクチン接種をお願いいたします。

＊複数の医療機関で検査・ワクチン接種した場合は、追加の接種証明書を添付してください。

（2020.11 月改訂）