

抗体価証明書

住所：			
氏名：		生年月日：	
性別：（ 男 ・ 女 ）		昭和・平成 年 月 日生	
検査項目	結果	検査実施日	予防接種歴
HBs 抗体*	判定 () 数値 ()	年 月 日	1回目： 2回目： 3回目： 追加接種：
麻疹(IgG)抗体 (EIA)	判定 () 数値 ()	年 月 日	年 月 日 年 月 日
水痘(IgG)抗体 (EIA)	判定 () 数値 ()	年 月 日	年 月 日 年 月 日
風疹(IgG)抗体 (EIA)	判定 () 数値 ()	年 月 日	年 月 日 年 月 日
ムンプス(IgG)抗体 (EIA)	判定 () 数値 ()	年 月 日	年 月 日 年 月 日
備考：結果が（-）・（+-）の方は、予防接種をしてください。			

* 「ワクチン接種をした場合」または「母子手帳のワクチン接種歴に記録が有る場合」は「予防接種歴欄」にご記入ください。

* 「HBs 抗体*」に関しては、必須ではありませんが「結果の分かる方」はご記入下さい。

上記のとおり証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関の住所：

電話番号：

医療機関の名称：

医師の氏名

印