

ご担当医 様

## 感染症抗体検査および予防接種証明書記入のお願い

深谷大里看護専門学校  
学校長 大坪 公子

ご多忙のところお手数ですが、下記の感染症抗体検査結果および予防接種証明書にご記入くださいますようお願いいたします。

### 感染症抗体検査および予防接種証明書

学籍番号： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

\*学籍番号と氏名は本人記入

上記の者に、下記感染症抗体検査および予防接種を行ったことを証明します。

\*該当欄にレ点を付け、メーカー/ロットの記入（添付）をしてください。

感染症	抗体検査日	判定	接種日	メーカー/ロット (Maunfac-turer/Lot. No.)	備考
<input type="checkbox"/> 麻疹		陰性・疑陽性・陽性	1回目	1回目	
			2回目	2回目	
<input type="checkbox"/> 風疹		陰性・疑陽性・陽性	1回目	1回目	
			2回目	2回目	
<input type="checkbox"/> 水痘		陰性・疑陽性・陽性			
<input type="checkbox"/> 流行性 耳下腺炎		陰性・疑陽性・陽性			
感染症	抗体検査判定				備考
<input type="checkbox"/> HBs 抗原	陰性 ・ 陽性				
<input type="checkbox"/> HBs 抗体	陰性 ・ 陽性				
<input type="checkbox"/> HCV 抗体	陰性 ・ 陽性				

\* 予防接種を受けられない事由がある場合は、備考欄に記載してください。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

\*この書式で証明書を発行できない場合は、貴院の書式で交付くださるようお願いいたします。