

(別紙1)

主治医の先生

徳島県立富岡東高等学校長
(羽ノ浦校)

本校の看護臨地実習におきまして、次の疾患（麻疹・風疹・耳下腺炎・水痘・百日ぜき）の抗体検査及びHBS抗原抗体検査が必要ですので、検査結果を御記入くださいますようお願いいたします。

抗原抗体検査結果

徳島県立富岡東高等学校羽ノ浦校

氏名 (

)

	判定 チェック(レ)を してください。	抗体価	ワクチン接種の必要性 (レをつけてください)
麻疹	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 2回、 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 無
風疹	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 2回、 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 無
耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 2回、 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 無
水痘	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 2回、 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 無
百日ぜき	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		/
HBS抗原	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
HBS抗体	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
備考			

年 月 日

医療機関名

医師名

*医療機関に記入して頂き、コピー1部を学校に提出してください。