

ワクチン接種履歴・抗体検査証明書

氏名 _____ 様

項目	検査日	検査方法	測定値	当院検査 会社基準値	希望抗体価 基準	ワクチン接種日 <small>(2回以上接種している場合は新しいものから2回)</small>
麻疹	年 月 日	EIA (IgG)		(-) 2.0未満		年 月 日
		()				年 月 日
風疹	年 月 日	EIA (IgG)		(-) 2.0未満		年 月 日
		()				年 月 日
水痘	年 月 日	EIA (IgG)		(-) 2.0未満		年 月 日
		()				年 月 日
流行性耳下腺炎 (ムンプス)	年 月 日	EIA (IgG)		(-) 2.0未満		年 月 日
		()				年 月 日

項目	検査日	検査法	測定値	検査会社 基準	ワクチン接種日	
Hbs抗原	年 月 日	CLIA		(-) 0.05未満IU/mL		
		()				
Hbs抗体	年 月 日	CLIA		(-) 10.0未満IU/mL	1回目	年 月 日
		()			2回目	年 月 日
					3回目	年 月 日
HCV抗体3rd	年 月 日	CLIA		(-) 1.0未満Unit		
		()				
	年 月 日					
		()				

※3項目まで5,000円
4項目から10,000円

上記のワクチン接種・検査結果を証明いたします。

令和 年 月 日

川崎市多摩区登戸1854伊藤ビルメディカルプラザ201
TEL:044-934-3217

むこうがおかクリニック