

2026年度 那須短期大学 感染管理健康調査票 【記載例】

受験番号	A18XX	(フリガナ)	ナス タロウ
生年月日	西暦 20〇〇 年 〇月 〇日	氏名	那須 太郎

表1【麻疹・風しん・水痘・流行性耳下腺炎】 該当の□に✓を記入

項目	検査日（西暦）	検査方法	抗体価	結果
麻疹	2025年12月15日	EIA法(IgG)	15.1	<input type="checkbox"/> 陽性（16.0以上） ワクチン不要 <input checked="" type="checkbox"/> 陽性（基準値未満）（2.0～15.9） 1回接種 <input type="checkbox"/> 陰性（2.0未満） 2回接種
風しん	2025年12月15日	EIA法(IgG)	8.0	<input checked="" type="checkbox"/> 陽性（16.0以上） ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性（基準値未満）（2.0～15.9） 1回接種 <input type="checkbox"/> 陰性（2.0未満） 2回接種
水痘	2025年12月15日	EIA法(IgG)	1.9	<input type="checkbox"/> 陽性（16.0以上） ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性（基準値未満）（2.0～15.9） 1回接種 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性（2.0未満） 2回接種
流行性耳下腺炎	2025年12月15日	EIA法(IgG)	2.0	<input type="checkbox"/> 陽性（16.0以上） ワクチン不要 <input checked="" type="checkbox"/> 陽性（基準値未満）（2.0～15.9） 1回接種 <input type="checkbox"/> 陰性（2.0未満） 2回接種

表2【B型肝炎】 Hbs抗体検査値の記入漏れにご注意ください

項目	検査日（西暦）	検査方法	検査値・判定	結果
B型肝炎 ※HBs抗原 検査	2025年12月15日	<input type="checkbox"/> CLIA法 <input checked="" type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> ECLIA法	<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> ・HBs抗原：陽性 HBs抗体：陽性→外来受診 <input type="checkbox"/> ・HBs抗原：陽性 HBs抗体：陰性→外来受診 <input type="checkbox"/> ・HBs抗原：陰性 HBs抗体：陽性（10以上） →ワクチン不要 <input checked="" type="checkbox"/> ・HBs抗原：陰性 HBs抗体：陰性（10未満） →ワクチン接種3回
B型肝炎 ※HBs抗体 検査	2025年12月15日	<input type="checkbox"/> CLIA法 <input checked="" type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> ECLIA法	0.3mIU/mL <input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性	

表3【結核】1年以内に実施したものの結果を記入してください。

検査結果が陽性的場合、胸部レントゲン検査を実施し、その結果を記入してください。

T-SPOT™ または QFT™ 検査結果			
項目	検査日（西暦）	検査方法	結果
結核	2025年12月15日	<input checked="" type="checkbox"/> T-SPOT™ ELISPOT™ <input type="checkbox"/> QFT™	<input type="checkbox"/> 陽性 →胸部レントゲン検査実施 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 判定不能

表4

胸部レントゲン検査（陽性者のみ実施）	
検査日（西暦）	判定
年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常あり ※通学が可能であることを確認で きる診断書発行をお願いします。 <input type="checkbox"/> 異常なし

上記に相違ないことを証明します

西暦 2025 年 12 月 25 日

医療機関名・住所

〇〇病院

栃木県那須塩原市〇〇1-2-3

医師氏名

〇〇 〇〇

印

2026年度 那須短期大学 感染管理健康調査票

受験番号			(フリガナ)	
生年月日	西暦	年	月	日
		氏名		

表1【麻疹・風しん・水痘・流行性耳下腺炎】 該当の□に✓を記入

項目	検査日（西暦）	検査方法	抗体価	結果
麻疹	年 月 日	EIA法(IgG)		<input type="checkbox"/> 陽性（16.0以上） ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性（基準値未満）（2.0～15.9） 1回接種 <input type="checkbox"/> 陰性（2.0未満） 2回接種
風しん	年 月 日	EIA法(IgG)		<input type="checkbox"/> 陽性（16.0以上） ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性（基準値未満）（2.0～15.9） 1回接種 <input type="checkbox"/> 陰性（2.0未満） 2回接種
水痘	年 月 日	EIA法(IgG)		<input type="checkbox"/> 陽性（16.0以上） ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性（基準値未満）（2.0～15.9） 1回接種 <input type="checkbox"/> 陰性（2.0未満） 2回接種
流行性耳下腺炎	年 月 日	EIA法(IgG)		<input type="checkbox"/> 陽性（16.0以上） ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性（基準値未満）（2.0～15.9） 1回接種 <input type="checkbox"/> 陰性（2.0未満） 2回接種

表2【B型肝炎】 Hbs抗体検査値の記入漏れにご注意ください

項目	検査日（西暦）	検査方法	検査値・判定	結果
B型肝炎 ※HBs抗原 検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> CLIA法 <input type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> ECLIA法	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> ・HBs抗原：陽性 HBs抗体：陽性→外来受診 <input type="checkbox"/> ・HBs抗原：陽性 HBs抗体：陰性→外来受診
B型肝炎 ※HBs抗体 検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> CLIA法 <input type="checkbox"/> CLEIA法 <input type="checkbox"/> ECLIA法	mIU/mL <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> ・HBs抗原：陰性 HBs抗体：陽性（10以上） →ワクチン不要 <input type="checkbox"/> ・HBs抗原：陰性 HBs抗体：陰性（10未満） →ワクチン接種3回

表3【結核】1年以内に実施したものの結果を記入してください。
検査結果が陽性の場合胸部レントゲン検査を実施し、その結果を(表4)に記入してください。

T-SPOT™または QFT™検査結果			
項目	検査日（西暦）	検査方法	結果
結核	年 月 日	<input type="checkbox"/> T-SPOT™ ELISPOT™ <input type="checkbox"/> QFT™	<input type="checkbox"/> 陽性 →胸部レントゲン検査実施 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 判定不能

表4

胸部レントゲン検査（陽性者のみ実施）	
検査日（西暦）	判定
年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常あり ※通学が可能であることを確認で きる診断書発行をお願いします。 <input type="checkbox"/> 異常なし

上記に相違ないことを証明します
西暦 年 月 日
医療機関名・住所

医師氏名

印