

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】

該当の口に✓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(8.0以上) ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性(基準値未満)(2.0~7.9) 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(4.0以上) ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性(基準値未満)(2.0~3.9) 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(4.0以上) ワクチン不要 <input checked="" type="checkbox"/> 陽性(基準値未満)(2.0~3.9) 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 (注1)
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	

※通学が可能であるか確認できる診断書発行

※注1 過去に10mIU/ml以上になり証明できる書類がある場合、原則接種不要

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】

該当の口に✓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(8.0以上) ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性(基準値未満)(2.0~7.9) 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(4.0以上) ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性(基準値未満)(2.0~3.9) 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(4.0以上) ワクチン不要 <input type="checkbox"/> 陽性(基準値未満)(2.0~3.9) 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 <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 (注1)
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	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 mIU/mL	

※通学が可能であるか確認できる診断書発行

※注1 過去に10mIU/ml以上になり証明できる書類がある場合、原則接種不要

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™ <input type="checkbox"/> 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