

感染症関連記録Ⅱ（B型肝炎、C型肝炎）

学生番号

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏 名		年 齡	歳			

感染予防対策として、HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体の測定(必ず指定の方法で)とB型肝炎ワクチンの接種をお願いします。B型肝炎ワクチンを接種した場合には1～2か月後にHBs抗体の再検査をお願いします。

感染症名と検査法	検査結果(測定値を記載し判定に☑)	検査日・ワクチン接種日
B 型 肝 炎 (CLIA法または CLEIA法)	初回検査時	初回検査日 年 月 日
	HBs抗原 IU/mL □以下	HBs抗原陰性かつHBs抗体陰性の場合には 3回のワクチン接種が必要です
	HBs抗原の判定	
	□ CLIA法(基準値 0.05 IU/mL)	ワクチン接種日(1回目) 年 月 日
	□ CLEIA法(基準値 0.005 IU/mL)	ワクチン接種日(2回目) 年 月 日
	初回検査時	ワクチン接種日(3回目) 年 月 日
C 型 肝 炎 (CLEIA法)	HBs抗体 mIU/mL □以下	接種できなかった理由 ()
	□ 陽性:10.0以上 ワクチン不要	
	□ 陰性:10.0未満 ワクチン必要	
	ワクチン接種後	ワクチン接種後再検査日 年 月 日 (3回目のワクチン接種の1～2か月後)
	HBs抗体 mIU/mL □以上	
	HBs抗体の基準値 (10.0 mIU/mL以上)	
	HCV抗体 □ 以下	検査日 年 月 日
	判定	
	□ 陽性:1.0以上	
	□ 陰性:1.0未満	

記載日	年 月 日
医療機関名	
住 所	
電 話 番 号	
記載した医師名	印

* 最終受診日を記載してください

受診病院が2か所にわたる場合のみ記入してください。

追加記載日	年 月 日
医療機関名	
住 所	
電 話 番 号	
記載した医師名	印

* 最終受診日を記載してください

2026年10月9日(金)までに、ワクチン接種と接種後のHBs抗体の再検査が終わっている場合は原本を、間に合わない場合には、途中までの結果のコピーを一旦提出し、最終結果(原本)は2027年4月16日(金)までに提出してください。

- *1: アレルギー体質や自己免疫疾患、ステロイド(副腎皮質ホルモン)など内服中のため、ワクチン接種ができない場合には、必ず医師に「感染症関連記録」の()内にその旨を記載してもらってください。

*2: 提出がない場合、医療施設での実習には参加できず、進級・卒業できません。

*3: 3回のワクチン接種をしても抗体価が上がらない場合、それ以上のワクチン接種は不要です。血液暴露のおそれがある場合には十分に注意するようにしてください。

教員確認欄
年 月 日