

健康診断・抗体価検査・ワクチン接種証明 (研究生・見学生用)

所属機関名 _____ 氏名 _____ 年 月 日生 _____

●胸部X線(結核)検査

胸部X線検査を1年以内(又は年度内)に実施している。

はい ⇒ 実施日 年 月 日 検査結果 正常 異常あり (口結果を添付します)

いいえ ⇒ 当院にて実施希望

●抗体価検査・ワクチン接種

(1)ウイルス疾患抗体価

	麻疹		風疹		水痘		流行性耳下腺炎		
既往歴	有	無	有	無	有	無	有	無	
ワクチン接種歴	未	1回	2回	未	1回	2回	未	1回	2回
抗体検査値									
EIA-IgG									
抗体検査日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
EIA-IgG 陽性基準値	16.0以上		8.0以上		4.0以上		4.0以上		

抗体価の検査結果データ(5年以内のもの)を添付します。

陰性の場合はワクチンを接種し、接種証明書(写)添付します。

・陰性者のワクチン接種は2回を原則としています。1回目の接種証明として母子手帳のコピーでも結構です。

・証明が無い場合は、来院までに2回目のワクチン接種をしてください。

(2)感染症の抗体価

	B型肝炎		C型肝炎	梅毒	HIV
	HBs抗体	CLIA法	HCV抗体	RPR定性	HIV抗原抗体
抗体検査値					

各種感染症の抗体価の検査結果データ(5年以内のもの)を添付致します。

●COVI-19ワクチン接種証明

ワクチン接種を _____ 回目まで行った。

最終接種日 _____ 年 月 日

接種証明書(写)を添付します。

【当院での検査受診について】

胸部X線、各種抗体・抗原検査は当院にて行うことが可能です。希望される項目にチェックを入れてください。

検査料は、実費を申し受けます。

なお、当院では各種ワクチンの接種は受けられません。何卒ご了承ください。

下記の検査を千代田国際クリニックにて行うことを希望します。

胸部X線 ※検査料 2,100円(税込)

ウイルス疾患抗体価検査(4種) ※検査料1種3,300円 4種セット11,000円(税込)

感染症抗体・抗原検査(4種) ※検査料1種3,300円 4種セット11,000円(税込)

以上の通り、間違いありません。

記入年月日 _____ 年 月 日

氏名(自署) _____