

令和7年度

神戸大学医学部附属病院
看護師の特定行為研修

受講者募集要項

神戸大学医学部附属病院

1. 特定行為研修の目的・目標

本研修の目的は、地域医療及び高度医療の現場において、医療安全を配慮しつつ、特定行為に必要な専門的な知識及び技術を教育し社会に貢献できる有能な看護師を育成する。

研修目標

1. 地域医療及び高度医療の現場において、迅速かつ包括的なアセスメントを行い、当該特定行為を行う上での知識、技術及び態度の基礎的能力を養う。
2. 地域医療及び高度医療の現場において、患者の安心に配慮しつつ、必要な特定行為を安全に実施できる基礎的能力を養う。
3. 地域医療及び高度医療の現場において、問題解決にむけて、多職種と効果的に協働できる能力を養う。

2. 修了要件

本研修を修了するためには、次の条件を満たすこと。

- 1) 共通科目を全て履修し、筆記試験、観察評価に合格すること。
- 2) 1)修了後、選択した区分別科目を履修し、一部の科目では実技試験に合格すること。

※ 本研修修了者には、保健師助産師看護師法第 37 条の 2 第 2 項第 1 号に規定する特定行為及び同項第 4 号に規定する特定行為研修に関する省令に基づき、修了した特定行為区分ごとの修了証を交付し、研修修了者の名簿を厚生労働省に提出します。

3. 定員

定員：4 名

4. 研修期間

研修期間：令和 7 年 4 月～令和 8 年 3 月(1 年間)

共通科目を修了後に区分別科目(複数選択可)を受講開始します。

なお、在籍期間は、最長 2 年間とします。

5. 研修内容と時間数

研修は、共通して学ぶ「共通科目」と特定行為区分ごとに学ぶ「区分別科目」に分かれており、講義、演習または実習によって行われます。

- 1) 共通科目(必修科目)：特定行為区分に共通して必要とされる能力を身に

つけるための科目(研修期間：6か月)

科 目	時間数(単位：時間)				
	講義	演習	実習	評価	合計
臨床病態生理学	29	1	—	1	31
臨床推論	26.5	16	1	1.5	45
フィジカルアセスメント	17.5	8.5	13.5	5.5	45
臨床薬理学	32.5	11.5	—	1	45
疾病・臨床病態概論	37	3	—	1	41
医療安全学/特定行為実践	24.5	14	4.25	2.25	45
合 計	167	54	18.75	10.25	250

* 共通科目は e-ラーニングを中心とした講義を受講し、確認テストに合格する。
演習は関連する e-ラーニング講義を履修したのち実施し、指導者の観察評価により合格基準を満たす。実習は関連する講義・演習を履修したのち実施し、指導者の観察評価により合格基準を満たす。その後、科目修了試験に合格する。

2) 区分別科目(必修科目)：術中麻酔管理領域パッケージ

各特定行為に必要とされる能力を身につけるための科目(研修期間：6か月)

特定行為区分	時間数・症例数(症例数以外の単位：時間)				
	講義	演習	実習	評価	合計
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	8	—	5 症例	1 (OSCE)	9+5 症例
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	12.5	3	各 5 症例	1.5	17+ 各 5 症例
動脈血液ガス分析関連	11.5	—	各 5 症例	1.5 (OSCE)	13+ 各 5 症例
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	9	1	5 症例	1	11+ 5 症例
術後疼痛管理関連	5.5	1.5	5 症例	1	8+ 5 症例
循環動態に係る薬剤投与関連	8.5	2	5 症例	1.5	12+ 5 症例

※ OSCE(Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力試験)は、判断力・技術力・マナーなど実際の現場で必要とされる臨床技能の習得を、適正に評価するための試験です。

* 区分別科目は e-ラーニングを中心とした講義を受講し、確認テストに合格する。
演習は関連する e-ラーニング講義を履修したのち実施し、指導者の観察評価によ

り合格基準を満たす。実習(患者に対する実技)は関連する講義・演習(ペーパーシミュレーション)・手技練習(模擬患者の活用、シミュレーターの利用等のシミュレーションによる学習)を履修したのち実施し、指導者の観察評価により合格基準を満たす。OSCEのある科目に関しては、実習(患者に対する実技)の前にOSCEに合格する必要がある。その後、修了試験に合格する。

6. 受講モデル

研修の進度表を参照。

7. 受講資格

次の①から④のいずれの要件も満たす神戸大学医学部附属病院または本院関連病院に勤務する看護師であること

- ① 看護師免許を有すること
- ② 看護師の免許取得後、通算5年以上の看護実務経験を有すること
- ③ 関連領域(手術室、ICU/HCU、ER)の経験が3年以上あること
- ④ JNA ラダーⅣ相当であること
- ⑤ 所属機関の長または所属長の推薦を有すること

8. 出願手続き

提出書類：

- 1) 願書
- 2) 履歴書
- 3) 志望理由書(字数1500~2500字、形式は自由)
- 4) 推薦書
- 5) 誓約書(本院所属看護師については不要)
- 6) 看護師免許証の写し※
- 7) 認定看護師の資格をもつ場合は、認定証の写し※
- 8) 専門看護師の資格をもつ場合は、認定証の写し※
- 9) 抗体価確認表及び添付書類(本院所属看護師については不要)

※ A4サイズに印刷すること

※ 9)については、両面印刷もしくは、片面印刷して2枚目の空白箇所に(書面に直接)氏名記載のこと

募集期間：令和6年12月9日(月)～令和7年1月22日(水)必着

書類提出先・問合せ先：

〒650-0017
神戸市中央区楠町 7-5-1
神戸大学医学部総務課人材育成支援事務室研修支援係
看護師特定行為研修担当

※ 必ず「郵便書留」で送付するか、直接持参のこと。

※ 封筒の表に「看護師特定行為研修応募書類」と朱書きしてください。

電話：078-382-6980（ダイヤルイン） 8:30～17:15

ファイルは下記サイトよりダウンロード可能です。

神戸大学医学部附属病院 看護師特定行為研修
令和7年度募集案内
https://www.hosp.kobe-u.ac.jp/kenshu/kango_tokutei/



9. 選考方法

書類選考により行います。選考結果については、本人宛てに書面で通知予定。
電話やFAXでの可否の問い合わせ不可。

10. 受講手続きと納付金について

受講手続き詳細については以下参照のこと。なお、納付金(消費税込)は、受講手続き終了後、本院から送付する受講料振込案内に基づき振込むこと。

受講手続き期間 令和7年3月10日(月)～令和7年3月21日(金)

納付金(消費税込)

- ① 入講料 10,000円
- ② 共通科目の受講料 一括 418,800円
他病院等で科目の一部を受講済みの場合はご相談ください。
- ③ 区分別科目の受講料
術中麻酔管理領域パッケージ 一括 435,000円

《参考》

※パッケージを分割してのお申込みはお受付していません。

呼吸器(気道確保)	37,500円	栄養及び水分管理	70,000円
呼吸器(人工呼吸療法)	112,500円	術後疼痛管理	35,000円
動脈血液ガス	75,000円	循環動態	105,000円

出願上の注意

●出願書類等について

一旦提出された書類は、返還しません。

●受講料等について

収めた受講料等の納付金は原則として返還しません。

研修のための宿泊及び交通費等は各自にて実費負担となります。

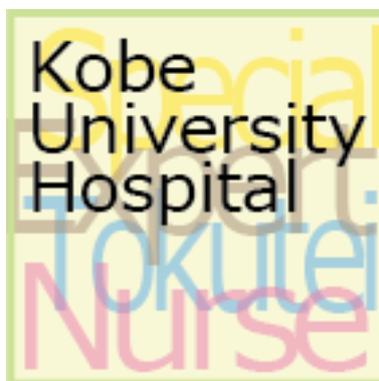
●個人情報の取り扱いについて

神戸大学医学部附属病院では「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報の適正な取り扱いに努め、安全管理のために必要な措置を講じております。出願および受講手続きにあたって提供いただいた個人情報は、選考試験の実施、合格発表、受講手続き、履修関係等の必要な業務において使用させていただきます。なお、当院が取得した個人情報は、法律で定められた適正な手続きにより開示を求められた場合以外に、本人の承諾なしに第三者へ開示・提供することはありません。

募集受講生の今後の日程(目安)

時期	予定
令和7年4月	入講式・オリエンテーション
令和7年4月	共通科目受講開始
令和7年10月上旬	共通科目修了判定
令和7年10月	区分別科目受講開始
令和8年3月	区分別科目修了判定・修了式

※ 各会場および詳細な日程については別途連絡する



アクセス



【電車利用】

- JR「神戸」駅下車 徒歩約15分
- 神戸高速鉄道「高速神戸」駅下車 徒歩約15分
- 神戸市営地下鉄「大倉山」駅下車 徒歩約5分

【バス利用】

- JR「神戸」駅前より
- 神戸市バス9系統、110系統もしくは112系統に乗車 約5分
- 「大学病院前」バス停下車

神戸大学医学部附属病院	看護師特定行為研修に関する問合せ先
〒650-0017 神戸市中央区楠町 7-5-2 TEL. 078-382-5111(代表)	〒650-0017 神戸市中央区楠町 7-5-1 神戸大学医学部総務課 人材育成支援事務室研修支援係 看護師特定行為研修担当 TEL. 078-382-6980 (ダイヤルイン)

神戸大学医学部附属病院 看護師特定行為研修 願書

神戸大学医学部附属病院長 殿

年 月 日

所 属

身 分

氏 名

神戸大学医学部附属病院看護師特定行為研修について下記のとおり受講を希望いたします。

特定行為研修受講希望科目

共通科目

- 全科目の受講を希望する。各科目へのチェックは不要です。
- 一部科目の受講を希望する。受講を希望する科目にチェックを入れてください。
 - 臨床病態生理学 31 時間
 - 臨床推論 45 時間
 - フィジカルアセスメント 45 時間
 - 臨床薬理学 45 時間
 - 疾病・臨床病態概論 41 時間
 - 医療安全学/特定行為実践 45 時間

※ 共通科目の一部科目受講は、他院等で一部科目を受講済みの場合のみ選択可能です。
一部科目を受講済みの場合は、受講済みであることがわかる書類を添付してください。

術中麻酔管理領域(パッケージ)

- 受講を希望する。

留意事項:

受講料等は募集要項をご確認ください。
術中麻酔管理領域科目についてはパッケージのため各科目を区分して受講することはできません。

神戸大学医学部附属病院 看護師特定行為研修 履歴書

氏 名	
-----	--

資格

年 月	資 格
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

賞罰

年 月	賞 罰
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

その他連絡事項

--

留意事項：

研修にかかる書類にご記入いただいた個人情報については、研修に関する業務のみに使用し、第三者へ開示することはありません。なお、緊急事態に伴う研修生への連絡については、この限りではありません。

看護師免許証、認定看護師の認定証の写し(A4)を提出してください。

専門看護師の資格を持つ場合は、認定証の写し(A4)を提出してください。

推 薦 書

年 月 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

施設名

推薦者

役 職

推薦者

氏 名

印

※推薦者は所属機関の長、又は、所属長とする。

神戸大学医学部附属病院看護師特定行為研修につきまして、下記の看護師を推薦いたします。

推薦する看護師	
氏 名	
所 属 部 署	
身 分	

推薦理由

誓 約 書

私は、貴病院内における研修について、以下の事項を厳守します。

なお、いずれかの項目に違反していることが判明した場合、研修が中止されても、一切の異議申し立てをしないことを誓います。

1. 研修は、指導者の命に従い、誠実に行います。
2. 研修中に事故を起こした場合は、国立大学法人神戸大学の故意または過失による場合を除きその責任を負います。
3. 研修の間に知り得た個人情報については、守秘義務が生じることを理解し、研修期間中はもちろん、修了後においてもその情報を第三者に漏らしません。
4. 国立大学法人神戸大学の財産に重大な損害を与えた場合は、その代償の義務を負います。
5. 医療安全・医療倫理に関する講義を受講状況は下記のとおりです(未受講でも研修は可能。受講済の場合は最終受講日を記入)。

未受講

受講済（下記に受講日をご記入ください）

医療安全： _____ 年 _____ 月 _____ 日受講

医療倫理： _____ 年 _____ 月 _____ 日受講

国立大学法人神戸大学医学部附属病院長 殿

年 月 日

所属医療
機 関

所属部署

身 分

氏 名

㊞

神戸大学医学部附属病院 看護師特定行為研修 志望理由書

- ・ 字数 1500～2500 字
- ・ 形式は自由(本紙を使用しない場合にも必ず所属医療機関、身分、氏名を記載してください)

所属医療機関	
身 分	
氏 名	

--

神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書

フリガナ	
氏名	

性別	生年月日(西暦)	学校、病院名等名称	種別 (受託実習、研修等)
男 ・ 女	年 月 日		

【注意事項】

- ① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。
- ② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。
- ③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 _____ 印

年 月 日

医療機関名 _____

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

1. B 型肝炎ワクチン 3 回接種あるいは抗体価上昇の確認

1シリーズ接種しても基準値未満 (0~9.9 mIU/mL) の場合は、もう 1シリーズ接種し、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください (実習等開始日までに接種が終了しない場合は、終了を待たずに本証明書を提出し、その旨ご連絡ください。残りの接種歴は接種完了後に接種証明書もしくは領収書等を提出してください)。

1シリーズ目 ワクチン接種日				
1回目	(西暦)	年	月	日
2回目	(西暦)	年	月	日
3回目	(西暦)	年	月	日
抗体価検査				
検査日	検査方法 ※下記以外の方法は 不可	結果 複数回検査している場合は、 高い値を記載し判定すること (最大2シリーズで終了)	基準値 未満	基準値 以上
(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法		検査後に 1シリーズ 接種 □ 0~9.9	対応不要 □ 10以上
	<input type="checkbox"/> CLIA法			
	<input type="checkbox"/> RIA法			
	<input type="checkbox"/> CLEIA法			
2シリーズ目 ワクチン接種日				
1回目	(西暦)	年	月	日
2回目	(西暦)	年	月	日
3回目	(西暦)	年	月	日

2. ワクチン接種（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）

別紙 2

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること※1、あるいは②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」※2を満たすこと、を「十分な免疫を獲得したもの」として定義しています。下記一覧に従い、必要に応じて追加接種を行ったうえ、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。

	①2回のワクチン接種歴がある※1	②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす(検査前のワクチン接種歴が1回以下)※2						
		検査日 (西暦) 年 月 日	検査方法 (下記以外の方法は不可)	検査結果	陰性		陽性	
					基準値未満	基準値以上	必要な追加対応※2	
							合計2回になるよう接種	検査後に1回接種
麻疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> PA法 <input type="checkbox"/> NT (中和法)	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~15.9	<input type="checkbox"/> 16以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
				<input type="checkbox"/> 16未満	<input type="checkbox"/> 16~128	<input type="checkbox"/> 256以上		
				<input type="checkbox"/> 4未満	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8以上		
風疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> HI法	<input type="checkbox"/> 8未満	<input type="checkbox"/> 8~16	<input type="checkbox"/> 32以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> EIA法 (デング生研)	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~7.9	<input type="checkbox"/> 8以上		
			<input type="checkbox"/> EIA法 (IU)	<input type="checkbox"/> ΔA0.100未満	<input type="checkbox"/> 30IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 30IU/mL以上		
			<input type="checkbox"/> ELFA法	<input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 45IU/mL以上		
			<input type="checkbox"/> LTI法	<input type="checkbox"/> 6IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 6I~29.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 30IU/mL以上		
			<input type="checkbox"/> CLEIA法 (IU)	<input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 45IU/mL以上		
			<input type="checkbox"/> CLEIA法 (抗体価)	<input type="checkbox"/> 抗体価 4未満	<input type="checkbox"/> 抗体価 4~13.9	<input type="checkbox"/> 抗体価 14以上		
			<input type="checkbox"/> FIA法 (AI)	<input type="checkbox"/> 抗体価 1.0AI未満	<input type="checkbox"/> 抗体価 1.0~2.9AI	<input type="checkbox"/> 抗体価 3.0AI以上		
<input type="checkbox"/> FIA法 (IU)	<input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 10~29.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 30IU/mL以上					
<input type="checkbox"/> CLIA法	<input type="checkbox"/> 10IU/mL未満	<input type="checkbox"/> 10~24.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 25IU/mL以上					
水痘	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> IAHA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4以上		
			<input type="checkbox"/> NT (中和法)	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4以上		
流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法	<input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日	

神戸大学医学部附属病院 ワクチン接種または抗体保有証明書

フリガナ	ソウリン ハナコ
氏名	総臨 花子

性別	生年月日(西暦)	学校、病院名等名称	種別(受託実習、研修等)
男・ 女	1998年 4月 25日	臨床教育大学	受託実習

【注意事項】

- ① 医療機関でワクチン接種歴や検査歴の原本を提示のうえ、必要に応じてワクチンの追加接種等を行い、証明書を作成してください。
- ② 記載されている以外の測定方法は未提出扱いとなります。
- ③ 医師が証明する本証明書を提出される場合は、母子手帳等の原本の提出は不要です。

学校保健センターもしくは医師による証明が難しい場合は、母子手帳や領収書等の写しの提出が必要です。(原本は不要です。)

上記のものについて、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 神戸 太郎

神戸内科
院長印

2021年 3月 25日

医療機関名 神戸内科医院

※ 医師であっても本人による証明は不可です。

学校保健センターもしくは所属機関から発行される抗体価証明書類に医師等の署名または記名・押印がある場合は、「別紙参照」と記入ください。

1. B型肝炎ワクチン 3回接種あるいは抗体価上昇の確認

1シリーズ接種しても基準値未満(0~9.9 mIU/mL)の場合は、もう1シリーズ接種し、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください(実習等開始日までに接種が終了しない場合は、終了を待たずに本証明書を提出し、その旨ご連絡ください。残りの接種歴は接種完了後に接種証明書もしくは領収書等を提出してください)。

		1シリーズ目 ワクチン接種日					
1回目	(西暦)	2017	年	4	月	6	日
2回目	(西暦)	2017	年	5	月	19	日
3回目	(西暦)	2017	年	10	月	13	日
		抗体価検査					
検査日	検査方法 ※下記以外の方法は不可	結果 複数回検査している場合は、高い値を記載し判定すること(最大2シリーズで終了)	基準値未満 検査後に1シリーズ接種	基準値以上 対応不要			
(西暦)2017年 11月27日	<input type="checkbox"/> EIA法		<input type="checkbox"/> 0~9.9	<input checked="" type="checkbox"/> 10以上			
	<input checked="" type="checkbox"/> CLIA法	1000					
	<input type="checkbox"/> RIA法						
	<input type="checkbox"/> CLEIA法						
		2シリーズ目 ワクチン接種日					
1回目	(西暦)	年	月	日			
2回目	(西暦)	年	月	日			
3回目	(西暦)	年	月	日			

2. ワクチン接種（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）

当院では、①其々の疾患に対して2回のワクチン接種歴があること※1、あるいは②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」※2を満たすこと、を「十分な免疫を獲得したもの」として定義しています。下記一覧に従い、**必要に応じて追加接種を行ったうえ**、ワクチン接種日、検査日、検査結果等を記載してください。

	①2回のワクチン接種歴がある※1		②抗体価検査結果から判定される「必要な追加対応」を満たす(検査前のワクチン接種歴が1回以下)※2					必要な追加対応 (左記)に従い、 検査後の接種日を 記載すること
	検査日		検査方法 (下記以外の 方法は不可)	検査結果	陽性			
					陰性	基準値未満	基準値以上	
					必要な追加対応※2			
●十分な免疫を獲得していると判断できるので抗体価検査は不要 ●当院では3回以上の接種は求めない		●検査せず①2回のワクチン接種でもよい ●検査前のワクチン接種歴は①に記載						
	合計2回になるよう接種	検査後に1回接種	対応不要					
麻疹	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3 日 (西暦) 2015 年 3月 13 日	<input checked="" type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> PA法 <input type="checkbox"/> NT (中和法)		<input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 16未満 <input type="checkbox"/> 4未満	<input type="checkbox"/> 2~15.9 <input type="checkbox"/> 16~128 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 16以上 <input type="checkbox"/> 256以上 <input type="checkbox"/> 8以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
風疹	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5 日	<input type="checkbox"/> HI法 <input checked="" type="checkbox"/> EIA法 (γ-効生研) <input type="checkbox"/> EIA法 (IU) <input type="checkbox"/> ELFA法 <input type="checkbox"/> LTI法 <input type="checkbox"/> CLEIA法 (IU) <input type="checkbox"/> CLEIA法 (抗体価) <input type="checkbox"/> FIA法 (AI) <input type="checkbox"/> FIA法 (IU) <input type="checkbox"/> CLIA法	0.2未満	<input checked="" type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 8~16 <input type="checkbox"/> 2~7.9 <input type="checkbox"/> 30IU/mL未満 <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 6I~29.9IU/mL <input type="checkbox"/> 10~44.9IU/mL <input type="checkbox"/> 抗体価 4~13.9 <input type="checkbox"/> 抗体価 1.0~2.9AI <input type="checkbox"/> 10~29.9IU/mL <input type="checkbox"/> 10~24.9IU/mL	<input type="checkbox"/> 32以上 <input type="checkbox"/> 8以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 45IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 抗体価 14以上 <input type="checkbox"/> 抗体価 3.0AI以上 <input type="checkbox"/> 30IU/mL以上 <input type="checkbox"/> 25IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5 日 (西暦) 2021 年 3月 5 日
水痘	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5 日	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> IAHA法 <input type="checkbox"/> NT (中和法)	5.6	<input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 2未満 <input type="checkbox"/> 2未満	<input type="checkbox"/> 2~3.9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 4以上	<input checked="" type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 年 月 日 (西暦) 年 月 日
流行性 耳下 腺炎	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 1999 年 6月 3 日 (西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査なし (西暦) 2021 年 1月 5 日	<input checked="" type="checkbox"/> EIA法	3.5	<input type="checkbox"/> 2未満	<input checked="" type="checkbox"/> 2~3.9	<input type="checkbox"/> 4以上	<input type="checkbox"/> 接種なし (西暦) 2021 年 2月 5 日 (西暦) 年 月 日