

流行性感染症調査票(研修・実習・見学)

提出日 平成 年 月 日

ふりがな

1. 氏名 _____ 年齢 _____ 歳 職種 _____ 部署 _____

2. 期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

3. 区分(該当に○印): 研修 _____ 実習 _____ 見学 _____

4. 現在所属する施設名: _____

5. 流行性感染症調査

	既往歴	ワクチン接種歴	抗体検査実施歴
麻疹	有り (歳頃) 無し 不明	1回目 有り (歳頃) 無し 不明	有り 無し
		2回目 有り (歳頃) 無し 不明	
水痘	有り (歳頃) 無し 不明	1回目 有り (歳頃) 無し 不明	有り 無し
		2回目 有り (歳頃) 無し 不明	
風疹	有り (歳頃) 無し 不明	1回目 有り (歳頃) 無し 不明	有り 無し
		2回目 有り (歳頃) 無し 不明	
流行性耳下腺炎	有り (歳頃) 無し 不明	1回目 有り (歳頃) 無し 不明	有り 無し
		2回目 有り (歳頃) 無し 不明	

6. 抗体検査

実施した施設(過去5年以内に検査をしたことがある場合) _____

感染の既往歴が無い場合は抗体検査を実施し検査結果報告書を裏面に貼付して下さい(コピー可)

また母子手帳のワクチン接種記録のコピーを添付して下さい

* なお、貼付されていない場合は抗体検査歴がないものとさせていただきます

7. 最近、ワクチンを接種された方は、以下にご記入下さい

ワクチン名	接種日	医療機関名
	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	

ICD、ICNコメント欄

確認日: 平成 年 月 日 サイン _____

- 抗体検査、ワクチン接種の必要なし
- 右の抗体検査またはワクチン接種が必要
- 右の抗体検査が必要
- 右のワクチン接種が必要

- 麻疹
- 水痘
- 風疹
- 流行性耳下腺炎

ICD、ICNコメント