

健康診断書と一緒にご提出ください。

当院では、一般的に問題となる院内感染予防に対して職員の教育指導を行っています。
また、職員の職業感染予防のためにワクチン接種など積極的に実施しています。

あなたの流行感染症の罹患歴とワクチン接種歴を、わかる範囲で構いませんのでお知らせください。

なお、本情報は院内の感染委員会で保管し他者の目に触れないようにいたしますので
ご協力をお願いします。

氏名()

	罹患歴 有 or 無	罹患 した 年齢	ワクチン 接種歴 有 or 無	接種 した 年齢	抗体価 測定値*	検査 年 or 日
麻疹						
風疹						
流行性耳下腺炎						
百日咳						
水痘						
結核 (BCG)					QFT Tスポット	
B型肝炎						
新型コロナウイルス			1回目接種日			
			2回目接種日			

*測定値については証明書があればコピーを提出いただいても結構です。

入職にあたり検査を受けて抗体価を測定する必要はありません。

実習前・受験等で検査を受けていたら記入ください。

備考：