

流行性感染症及び結核に関する調査

当院では、はしか、みずぼうそう、風疹(三日ばしか)、おたふくかぜ、結核の院内での発生と感染拡大防止のため、関係者の流行性感染症及び結核に関する調査を行っています。お手数ですが、以下のアンケートにご協力ください。場合によっては、抗体検査またはワクチンの接種等が必要となることがあります。

提出日 平成 年 月 日

ふりがな

1. 氏名 _____ 年齢 _____ 歳

2. 流行性感染症調査

	かかったことがありますか？	ワクチンを接種したことがありますか？
はしか(麻疹)	有り (歳頃) 無し 不明	1回目 有り (歳頃) 無し 不明
		2回目 有り (歳頃) 無し 不明
水ぼうそう(水痘)	有り (歳頃) 無し 不明	1回目 有り (歳頃) 無し 不明
		2回目 有り (歳頃) 無し 不明
三日ばしか(風疹)	有り (歳頃) 無し 不明	1回目 有り (歳頃) 無し 不明
		2回目 有り (歳頃) 無し 不明
おたふく風邪 (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
		2回目 有り (歳頃) 無し 不明

3. 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) _____
 検査結果報告書を裏面に貼付して下さい(コピー可)

4. 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	

5. 結核調査

1年以内に、1~2ヶ月せきがずっと続いたことがありますか？【 有り 無し 】

1年以内に、ご自身または周りの方(同居家族・学校等の集団)で結核の治療を受けたことがありますか？【 有り 無し 】

以上、ご協力ありがとうございました。

※感染対策室コメント欄

確認日: 平成 年 月 日 サイン _____

- 抗体検査、ワクチン接種、胸部レントゲン検査の必要なし
- 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
- 胸部レントゲン検査が必要

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 麻疹
<input type="checkbox"/> 水痘
<input type="checkbox"/> 風疹
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

感染対策室コメント: