

感染症チェック票（関係機関の見学）

当センターでは施設の特性上、感染症が加速度的に流行し重大な結果を招くことになります。その為、院内感染対策の一環として、施設支援を行っていただくに当たり、以下の感染症についてのご記入をお願いしています。

尚、「健康チェック票」は当日記入し担当者に御提出ください。御理解、御協力の程、お願い致します。

島田療育センターはちおうじ所長・感染対策委員会

下記の各感染症について、該当するものを○で囲んでください。

- 水痘（水ぼうそう）
 - ・感染した
 - ・感染したことない
 - ・不明
 - ・ワクチンをうった（時期)
 - ・抗体がある

- 風疹
 - ・感染した
 - ・感染したことない
 - ・不明
 - ・ワクチンをうった（時期)
 - ・抗体がある

- おたふくかぜ
 - ・感染した
 - ・感染したことない
 - ・不明
 - ・ワクチンをうった（時期)
 - ・抗体がある

- はしか（麻疹）
 - ・感染した
 - ・感染したことない
 - ・不明
 - ・ワクチンをうった（時期)
 - ・抗体がある

- ツベルクリン
 - ・陽転（時期 不明）
 - ・陰性
 - ・不明

- BCG 接種
 - ・受けた（時期 不明）
 - ・受けていない

- 胸部レントゲン
 - ・異常（あり ・ なし）
 - ・撮影時期（1年以内 ・ 不明）
 - ・不明

- 結核治療
 - ・受けた（時期)
 - ・受けていない

- インフルエンザ（11月～3月の期間）
 - ・ワクチンをうった
 - ・うっていない

提出日： 年 月 日

提出者名： _____