

感染症チェック票

(担当のお子様、利用者様の見学)

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となります。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： _____