

感染症チェック票

当センターは、子ども中心の施設であるため、様々な流行性疾患が発生する可能性があります。来院される皆様から利用者様へ病気が伝播することがないように、感染対策の一環として、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ご提出ください。ご理解、ご協力の程、お願い致します。

島田療育センターはちおうじ 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	・感染したことはない	・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	・感染したことはない	・不明	
	・ワクチンをうった（時期：		）	・抗体がある
麻疹（はしか）	・感染した	・感染したことはない	・不明	
	・ワクチンをうった（時期：		）	・抗体がある
風疹	・感染した	・感染したことはない	・不明	
	・ワクチンをうった（時期：		）	・抗体がある
BCG 接種	・受けた（時期：		・不明）	・受けていない
インフルエンザ予防接種 （11～3月の期間のみ）	・受けた			・受けていない

提出日： 年 月 日

所 属：

来院者名：

（児童・生徒の場合）

記入者（保護者）名：