感染既往歴問診票

この質問はあなたの健康を守るとともに、院内感染防止対策上必要な内容となっていますので、是非ご協力をお願いします。　（感染防止対策委員会・産業医）

氏名　　年令

記入日　２０　　年　　月　　日　当センターにおける活動場所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の各感染症について、該当する項目に〇を付けて下さい。

水痘（水疱瘡）　・感染した（　　才頃）　・感染したことがない　・不明
・ワクチンをうった（　　才頃）　・抗体がある

風疹（三日はしか）　・感染した（　　才頃）　・感染したことがない　・不明
・ワクチンをうった（　　才頃）　・抗体がある

流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　・感染した（　　才頃）　・感染したことがない　・不明
・ワクチンをうった（　　才頃）　・抗体がある

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

口唇ヘルペス（熱のはな）　・感染した（　　才頃）　・感染したことがない　・不明
・ときどきなる

リンゴ病（伝染性紅斑）　・感染した（　　才頃）　・感染したことがない　・不明
・ときどきなる

B 型肝炎　・ワクチンをうった（時期　　）　・抗体がある
・感染したことがない　・不明　・かかったことがある

その他の肝炎　・感染したことがない　・不明　・かかったことがある（　　型）

その他、連絡しておきたいことあるいはご意見：

ご協力ありがとうございました。