

※受講生が記入して、実習先へ渡してください

### <抗体検査・ワクチン接種状況等確認票>

実習生氏名： \_\_\_\_\_

提出日：令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

感染症名	接種・罹患状況 (いずれかにチェック)	確認経路 (当てはまるものに○)	検査日・予防接種実施日
麻疹	<input type="checkbox"/> 予防接種歴あり・1回目	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> 予防接種歴あり・2回目	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> 罹患歴あり	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> いずれもなし	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	
	<input type="checkbox"/> 不明		
風疹	<input type="checkbox"/> 予防接種歴あり・1回目	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> 予防接種歴あり・2回目	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> 罹患歴あり	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> いずれもなし	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	
	<input type="checkbox"/> 不明		
三種混合 ジフテリア(D) 百日咳(P) 破傷風(T)	<input type="checkbox"/> 予防接種歴あり(種類: _____)	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> 罹患歴あり(種類: _____)	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> いずれもなし	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	
	<input type="checkbox"/> 不明		
流行性耳下腺炎 (おたふく)	<input type="checkbox"/> 予防接種歴あり	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> 罹患歴あり	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> いずれもなし	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	
	<input type="checkbox"/> 不明		
水痘 (みずぼうそう)	<input type="checkbox"/> 予防接種歴あり	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> 罹患歴あり	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> いずれもなし	(母子手帳で確認・その他記録で確認)	
	<input type="checkbox"/> 不明		
結核	<input type="checkbox"/> 最近1年以内に胸部レントゲン検査をしている (結果: 異状なし・ _____ )		元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> 1年以内に胸部レントゲン検査をしていない		
	<input type="checkbox"/> BCG 接種(済・未接種)		元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> 罹患歴あり		元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 1年以内に予防接種を受けている		元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> 予防接種を受けていない		
検便	<input type="checkbox"/> 1か月以内に検査を受けている		元号 ____ 年 ____ 月 ____ 日
	<input type="checkbox"/> 検査を受けていない		

抗体価検査記録・予防接種記録(診断書・母子手帳のコピー・予防接種時の領収書など)・健康診断結果・検便結果は裏面に添付してください