

健康診断書と一緒にご提出ください。

当施設では、一般的に問題となる院内感染予防に対して職員の教育指導を行っています。また、職員の職業感染予防のためにワクチン接種など積極的に実施しています。

入職にあたり、あなたの流行感染症の罹患歴とワクチン接種歴をわかる範囲で構いませんのでお知らせください。

なお、本情報は院内の感染委員会で保管し他者の目に触れないようにいたしますのでご協力をお願いします。

部署() 部() 氏名()

	罹患歴 有 or 無	罹患 した 年齢	ワクチン 接種歴 有 or 無	接種 した 年齢	抗体価 測定値*	検査 年 or 日
麻疹						
風疹						
流行性耳下腺炎						
百日咳						
水痘						
結核 (BCG)					QFT T スポット	
B 型肝炎						
新型コロナウイルス 接種	何回接種していますか オミクロン対応ワクチン				回	
	最終接種日				未 済 年 月 日	
	新型コロナウイルス感染症に感染歴 有の場合 いつ頃				有 無 年 月 頃	

* 測定値については証明書があればコピーを提出いただいても結構です。

入職にあたり検査を受けて抗体価を測定する必要はありません。

実習前・受験等で検査を受けていたら記入ください。

備考：