

健康状態等確認・報告書

公立豊岡病院

病院見学・実習を開始するにあたり、あなたの健康状態や感染症検査の状況等について報告してください。

氏名	
生年月日	年 月 日
区分	☐ 見学 ☐ 実習

1 体調確認

- 1)この1週間に体調の不調はありませんでしたか ☐あり（症状： ）
 （発熱、倦怠感など） ☐なし
- 2)本日の体調に不調はありませんか ☐あり（症状： ）
 （発熱、倦怠感など） ☐なし

2 感染症確認

- 3)この1週間に以下の病状のある方と接触しましたか ☐あり（病状： ）
 ・麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、 ☐なし
 インフルエンザ、コロナ感染症、百日咳

病院見学の方は、以上です。

病院実習の方は、以下についても報告してください。（病院見学の方は記載不要です）

- 4)以下の抗体価/ワクチン接種歴をお知らせください（以下の太枠部分について記載して下さい）

* 確認方法：母子手帳、検査結果報告書、施設等が発行する抗体検査証明書/接種済証など

疾患名	検査歴	検査日	検査法	抗体価	1歳以上でのワクチン接種記録	
麻疹 (はしか)	☐ 有	年 月 日	EIA法		記録	☐ 有 ☐ 無
	☐ 無				1回目	年 月 日
	☐ 不明				2回目	年 月 日
風疹 (三日はしか)	☐ 有	年 月 日	どちらか○印 1. EIA法 2. HI法		記録	☐ 有 ☐ 無
	☐ 無				1回目	年 月 日
	☐ 不明				2回目	年 月 日
水痘 (水ぼうそう)	☐ 有	年 月 日	EIA法		記録	☐ 有 ☐ 無
	☐ 無				1回目	年 月 日
	☐ 不明				2回目	年 月 日
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	☐ 有	年 月 日	EIA法		記録	☐ 有 ☐ 無
	☐ 無				1回目	年 月 日
	☐ 不明				2回目	年 月 日
インフルエンザ					接種歴	☐ 有 ☐ 無
					前回	年 月 日
コロナ感染症					接種歴	☐ 有 ☐ 無
					前回	年 月 日