

## 感染症既往歴についての質問表

質問の目的：大阪発達総合療育センターの実習生とし、自己の健康確認をすると共に速やかな感染防止対策を図るための情報とする。

- \* 記載事項については健康管理の目的以外に使用されることは無く、実習先責任者のもとに個人情報として保管され、秘密は堅く守られますので正確にご記入ください。
- \* 提出に際しては、他に開示することなく直接実習責任者に提出してください。
- \* **該当項目に ○ 印を付け、必要事項を記入してください。**

記入年月日 平成 年 月 日 ( 曜日 )

学 校 名		氏 名	フカナ	男	19	年	月	日	生
				女			(満		歳)

疾病名	罹患の有無	罹患した ( )内は罹患時の年齢	罹患して いない	不明	予防接種をした ( )内は接種時の年齢	抗体 がある
水痘(みずぼうそう)		( 歳頃)			( 歳頃)	
風疹(三日ばしか)		( 歳頃)			( 歳頃)	
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		( 歳頃)			( 歳頃)	
麻疹(はしか)		( 歳頃)			( 歳頃)	

	罹患した	罹患してい ない	不明	キャリアー (抗原陽性) である	予防接種をした
B型肝炎	( 歳頃発症)				
C型肝炎	( 歳頃発症)				

◎ 結核に関する項目について、該当する項目に ○ 印を付け、必要事項を記入してください。

B C G 接 種	接種した ( 時期 : 歳頃 ・ 不明 )	接 種 し て い な い	不明
結核関連の既往歴	有 り : 歳	無し	不明
・ 治療歴	治療期間 : カ月		
2週間以上咳が続いている		はい ・ いいえ	
原因不明の微熱が続いている		はい ・ いいえ	
同居している人が2年以内に結核と診断されたことがある		はい ・ いいえ	

その他、現在罹患中で接触等により感染性のある疾患画及び連絡しておきたい事があれば記入してください。  
(例:口唇ヘルペス、感染性胃腸炎、百日咳、溶連菌感染症、流行性結膜炎など)

---



---