感 染 症 問 診 票

届け先

　チャイルドライフ担当

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

子どもたちを守るため、感染予防チェックをさせていただいています。活動していただくには　　**抗体値が基準値以上もしくはワクチン接種が2回済んでいる事が必須条件**です。下記感染症に

ついて抗体値が基準値以下・ワクチン未接種の方に対して、ワクチン接種をお願いしています。

新しく抗体検査を受けられる場合、様々な検査方法がありますが当センターでは第一選択として**EIA法（風疹のみHI法）**での検査をお願いしています。

検査方法・検査値についてご不明な点があれば別紙、注１）をご参照ください。

その他、不明な点があればご相談下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| 年　齢 | 　　　　　歳 |

※下記の感染症について、該当する番号に○をつけ、必要事項をご記入ください。

ワクチン接種については接種した回数にも○をつけて下さい。

**また、必ず証明となる母子手帳のコピーや感染したことがわかるもの、抗体検査データの**

**コピーの添付をお願い致します。**

・水痘（水ぼうそう）１.感染した　　　２.感染したことがない

　　　　　　　　　　３.ワクチンをうった（　1回 ・ 2回　） 　４.抗体検査をした

・風疹（三日ばしか）１.感染した　　　２.感染したことがない

　　　　　　　　　　３.ワクチンをうった（　1回 ・ 2回　） 　４.抗体検査をした

・おたふくかぜ　　　１.感染した　　　２.感染したことがない

　（ムンプス）　　　３.ワクチンをうった（　1回 ・ 2回　） 　４.抗体検査をした

・はしか（麻　疹）　１.感染した　　　２.感染したことがない

　　　　　　　　　　３.ワクチンをうった（　1回 ・ 2回　） 　４.抗体検査をした

・結核治療　　　　　1.した（時期　　　　　　　　） 2.したことがない

・家族や近親者等に、過去に結核の治療をした、あるいは現在治療中の方が

　　　　　　　　 １.いる（誰ですか　　　　 　）　2.いない　　３.不明

・健康診断(胸部エックス線検査を含む)を受けたことがありますか

　　　　　　　　　　1.ある（H　　年　　月　　日）　 2.ない

　　　　　　　　　　　　↓　実施した方のみお答えください

　　　　　　　　　　　結　果　１.異常なし

　　　　　　　　　　　　　　　２.異常あり（　　　　　　　　　　　　　　）

・インフルエンザ　　10月～3月までの予防接種の　　有　・　無

その他

治療中の疾患　　　１．なし

　　　　２．あり　疾患名：

主治医の許可：　有　・　無

　　　　　　　　　　　　　　　備考：