ワクチンの接種記録調査票

採用時確認

当院での勤務にあたり、各ワクチンの接種状況と抗体についてご回答ください。

1. 氏名及び診療科

|  |  |
| --- | --- |
| 採用日 | ２０２４年４月１日 |
| 診療科 |  |
| 氏名 |  |

（２）各ワクチンの接種日

* 接種状況「あり」「なし」「わからない」をお教えください。
* 接種「あり」の方は、抗体価と接種日を記入してください。

母子手帳など接種の記録が分かるもの、抗体価が分かる書類（健診時の結果、病院での証明等）を添付いただいてもかまいません。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **接種状況** | **抗体価** | **ワクチン接種日（西暦）** | | |
| **風疹** | あり・なし  わからない |  | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| **麻疹** | あり・なし  わからない |  | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| **水痘** | あり・なし  わからない |  | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| **おた**  **ふく** | あり・なし  わからない |  | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| **B型**  **肝炎** | あり・なし  わからない |  | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |

※ご提出いただいた内容は、当院職員のワクチン接種対象者を確認する際に使用します。

　　　それ以外の目的では使用しません。

≪担当≫

感染管理室 内線：3640

健康管理室 内線：4311

総務課職員係 内線：4310