

流行性ウイルス感染症のワクチン歴・罹患歴チェック票

ID: _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者名: _____ 記入者: _____ (続柄: _____)

次の疾患のワクチン接種状況と罹患状況を、それぞれあてはまる□に✓をつけ、接種日、感染した日をご記入ください。

疾患名	ワクチン歴		罹患歴	
麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/> 未接種	接種日	<input type="checkbox"/> 感染した <input type="checkbox"/> かかったことが ない	感染した日 年 月
	<input type="checkbox"/> 不明	1回目: 年 月		
	<input type="checkbox"/> 1回接種	2回目: 年 月		
	<input type="checkbox"/> 2回接種			
風疹 (3日ばしか)	<input type="checkbox"/> 未接種	接種日	<input type="checkbox"/> 感染した <input type="checkbox"/> かかったことが ない	感染した日 年 月
	<input type="checkbox"/> 不明	1回目: 年 月		
	<input type="checkbox"/> 1回接種	2回目: 年 月		
	<input type="checkbox"/> 2回接種			
水痘 (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 未接種	接種日	<input type="checkbox"/> 感染した <input type="checkbox"/> かかったことが ない	感染した日 年 月
	<input type="checkbox"/> 不明	1回目: 年 月		
	<input type="checkbox"/> 1回接種	2回目: 年 月		
	<input type="checkbox"/> 2回接種			
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> 未接種	接種日	<input type="checkbox"/> 感染した <input type="checkbox"/> かかったことが ない	感染した日 年 月
	<input type="checkbox"/> 不明	1回目: 年 月		
	<input type="checkbox"/> 1回接種	2回目: 年 月		
	<input type="checkbox"/> 2回接種			

10月～4月の期間のみ

インフルエンザ ※13歳未満の方のみ	<input type="checkbox"/> 未接種	接種日
	<input type="checkbox"/> 1回接種	1回目: 月 日
	<input type="checkbox"/> 2回接種※	2回目: 月 日

※ご記入の上、入院時に病棟看護師へご提出ください。