

※ 今回の患者に対して直接従事した職員にお渡しください。

提出期限

年 月 日

結核接触者 個人申告票（職員用）

☆ 対象期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ☆

患者 ID \_\_\_\_\_

患者名 \_\_\_\_\_

~ 職員の方は、下の太枠内をご記入ください。 ~

職員名 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

① 本患者に対し、以下の内容を行いましたか。

行った場合は、行った内容にチェックしてください。

行った  行っていない

<内容> ・ 食事介助 (約 回. 1回約 分)  
 ・ 排泄介助 (約 回. 1回約 分)  
 ・ 入浴介助 (約 回. 1回約 分)  
 ・ 送迎 (約 回. 1回約 分)  
 ・ その他 (約 回. 1回約 分)

↳ (具体的な内容: \_\_\_\_\_)

② 上記内容を行った方は、そのときの防護装着状況を教えてください。

N95 マスクを使用していた  
 サージカルマスクを使用していた  
 その他の防護具を使用していた (具体的に: \_\_\_\_\_)

③ あなたの身体状況について教えてください。

<健診歴> 最終胸部レントゲン検査結果

撮影年月日: 年 月 日 結果:

<現病歴等>

なし  糖尿病  ステロイド使用中 (病名: \_\_\_\_\_)  
 その他 (病名: \_\_\_\_\_)

<結核既往歴>

なし  あり (時期: \_\_\_\_\_)

<過去の結核患者との接触歴>

なし  あり (接触時期: \_\_\_\_\_ / 結核患者との関係: \_\_\_\_\_  
 潜在性結核感染症治療歴 (予防内服歴): 無・有)

<IGRA 検査歴>

なし  あり (時期: 年 月 日) (結果: \_\_\_\_\_)