感染症既往歴についての質問票

記入日：平成　　年　　月　　日

氏　名		年　齢	歳	性　別	男・女

下記の各感染症について、該当するものを〇で囲んでください。

水痘（水疱瘡）　・感染した　・感染したことない　・不明
・ワクチンをうった（時期　　）　・抗体がある

風疹（三日風疹）　・感染した　・感染したことない　・不明
・ワクチンをうった（時期　　）　・抗体がある

おたふくかぜ　・感染した　・感染したことない　・不明
・ワクチンをうった（時期　　）　・抗体がある

はしか（麻疹）　・感染した　・感染したことない　・不明
・ワクチンをうった（時期　　）　・抗体がある

ツベルクリン　・陽転（時期　　不明）　・陰性　・不明

BCG 接種　・受けた（時期　　不明）　・受けていない

胸部レントゲン　・異常（ あり ・ なし ）　・撮影時期（ 1 年以内 ・ その他 ）

結核治療　・受けた（時期　　）