

感染症についての質問票

記入日： 年 月 日

氏名		年齢	歳	性別	男・女
----	--	----	---	----	-----

下記について該当するものを（ ）内に○を記入してください（複数選択可）

麻疹（はしか）

（ ） かかったことがある
 （ ） かかったことはない
 （ ） ワクチンを1回接種した （ 歳）
 （ ） ワクチンを2回接種した （ 歳・ 歳）
 （ ） わからない

風疹（3日はしか）

（ ） かかったことがある
 （ ） かかったことはない
 （ ） ワクチンを1回接種した （ 歳）
 （ ） ワクチンを2回接種した （ 歳・ 歳）
 （ ） わからない

水痘（水ぼうそう）

（ ） かかったことがある
 （ ） かかったことはない
 （ ） ワクチンを1回接種した （ 歳）
 （ ） ワクチンを2回接種した （ 歳・ 歳）
 （ ） わからない

**流行性耳下腺炎
（おたふくかぜ）**

（ ） かかったことがある
 （ ） かかったことはない
 （ ） ワクチンを1回接種した （ 歳）
 （ ） ワクチンを2回接種した （ 歳・ 歳）
 （ ） わからない

※各感染症にかかったことがない方はボランティア活動を開始するまでに「**ワクチン2回接種**」をお願い致します。



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

※胸部レントゲンで異常がなくても風邪などで咳が出る場合は、マスクの着用をお願いいたします。

