

千葉メディカルセンターでの実習及び研修生の 結果報告書

氏名フリガナ	
氏名	
施設名	
所属	
HBS抗体 ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年① 月② 月③ 月) <input type="checkbox"/> 無
麻疹抗体※1 ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 接種予定である(年 月 日)
風疹抗体※1 ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 接種予定である(年 月 日)
水痘抗体※1 ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 接種予定である(年 月 日)
ムンプス抗体※1 ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 接種予定である(年 月 日)
胸部X線検査	検査実施日(年 月 日) 所見 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 判定 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり()
インフルエンザワクチン 接種	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年 月)
ワクチン未接種理由	<input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> その他()
その他特記事項があれば書いてください	

※1) ±は「無」にチェックして下さい。「無」の方は、臨床に入るまでにワクチン接種をしてきてください。ただし、アレルギーや特別な事情がある場合はこの限りではありません。