

抗体検査・ワクチン接種歴・胸部 X 線検査 報告書

フリガナ	
氏 名	
HBs 抗体	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 検査日： 年 月 日
ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 有(① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月) <input type="checkbox"/> 無
麻疹抗体※	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 検査日： 年 月 日
ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 有(接種日： 年 月) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 接種予定あり(年 月 日)
風疹抗体※	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 検査日： 年 月 日
ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 有(接種日： 年 月) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 接種予定あり(年 月 日)
水痘抗体※	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 検査日： 年 月 日
ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 有(接種日： 年 月) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 接種予定あり(年 月 日)
ムンプス抗体※	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 検査日： 年 月 日
ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 有(接種日： 年 月) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 接種予定あり(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()
新型コロナウイルス ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 有 最終接種日： 年 月 日(回目) <input type="checkbox"/> 無
インフルエンザワクチン接種 (11～3月)	<input type="checkbox"/> 有(年 月 日) <input type="checkbox"/> 無
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 特記事項があれば記入	

※±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お願いします。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。