# 感染症既往歴についての質問表

質問の目的：大阪発達総合療育センターの実習生として、自己の健康確認をすると共に、速やかな感染防止対策を図る為の情報とする。

＊　記載事項については健康管理の目的以外に使用されることは無く、実習生責任者のもとに、個人情報として保管され、秘密は堅く守られますので正確にご記入ください。

＊　提出に際しては、他に開示することなく直接実習責任者に提出してください。

**＊　該当項目に○印をつけ、必要事項を記入してください。**

記入年月日　　年　　月　　日

| 学校名 | | 氏名 | フリガナ<br>男・女 | 生年月日 | 年　月　日生<br>（満　歳） |
|---|---|---|---|---|---|

| 疾病名＼罹患の有無 | 罹患した（　）に罹患時年齢 | 罹患してない | 不明 | 予防接種した（　）に接種時年齢 | 抗体がある |
|---|---|---|---|---|---|
| 水疱（みずぼうそう） | （　歳頃） | | | （　歳頃） | |
| 風疹（三日ばしか） | （　歳頃） | | | （　歳頃） | |
| 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | （　歳頃） | | | （　歳頃） | |
| 麻疹（はしか） | （　歳頃） | | | （　歳頃） | |

| 疾病名＼罹患の有無 | 罹患した（　）に罹患時年齢 | 罹患してない | 不明 | 予防接種した（　）に接種時年齢 | キャリアー（抗原陽性） |
|---|---|---|---|---|---|
| B型肝炎 | | | | （　歳頃） | |
| C型肝炎 | | | | | |

◎結核に関する項目について該当する項目に○印をつけ、必要事項を記入してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| BCG接種 | 接種した（　歳頃　・不明　） | 接種してない | 不明 |
| 結核関連の既往歴、治療歴 | 有り（　歳頃）<br>治療期間（　ヶ月） | 無し | 不明 |

| | |
|---|---|
| 2週間以上咳が続いている | はい　・　いいえ |
| 原因不明の微熱が続いている | はい　・　いいえ |
| 同居している人が2年以内に結核と診断された事がある | はい　・　いいえ |

＊その他現在罹患中で、接触等により感染性のある疾患及び連絡しておきたいことがあれば記入してください（例：口唇ヘルペス、感染性胃腸炎、百日咳、溶連菌感染症、流行性結膜炎　など）

| |
|---|
| |

大阪発達総合療育センター