

記入年月

年 月 日

## 山梨大学医学部附属病院施設内見学者 感染既往歴問診票

この問診票は、患者さんの健康保持・増進を担う医療機関としての責務を果たすため、見学者の健康状態を事前に確認する書類です。院内感染防止対策上必要な内容であるとともに、見学者の健康を守るためにも必要な内容となっています。

**本用紙提出時は、ワクチン接種履歴が記載された母子手帳のコピー、または病院・クリニック発行の接種証明書のコピーを一緒に提出してください。**

氏名		所属	
----	--	----	--

1. ①～⑤の感染症について、項目ごとに該当する部分に○印をつけてください。

感染症	既往歴		ワクチン接種歴 ※母子手帳を確認し転記してください
①麻しん（はしか）	有	無	2回接種済 ・ 1回接種のみ ・ 接種歴なし
②風しん（三日はしか）	有	無	2回接種済 ・ 1回接種のみ ・ 接種歴なし
③水痘（水ぼうそう）	有	無	2回接種済 ・ 1回接種のみ ・ 接種歴なし
④流行性耳下腺炎（おたふく）	有	無	2回接種済 ・ 1回接種のみ ・ 接種歴なし
⑤B型肝炎			1クール接種済 ・ 接種歴なし

※既往歴が不明な場合は無に、ワクチン接種歴が不明な場合は、接種歴なしに○印をつけてください。

2. 1か月以内に上記①～④の流行性ウイルス疾患に罹患している人、または1週間以内にインフルエンザ・新型コロナウイルスに罹患している人と1m以内で接しましたか。当てはまる項目に○印をつけてください。

無			
有	感染症名を教えてください	<input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> その他（ ）
	感染が認められた方との関係	<input type="checkbox"/> 同居者 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 友人

3. 見学当日の体調について、当てはまる項目に○印をつけてください

症状なし	体温	咳・くしゃみ	咽頭痛	鼻汁	眼の充血	目やに	発疹	下痢
	℃							

※当日、上記の感染症症状がある場合は、見学をご遠慮いただくこともあります。

その他、連絡しておきたいことがございましたら記載してください