

ワクチン接種 ・ 抗体有無届出書

病院長 殿
(看護部長殿)

記入日 平成 年 月 日

所 属		氏 名	
		自 署	
		生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日

下記の各項目について回答記載してください。

1. 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎についてお尋ねします。
免疫の有無についてお答えください。

項目	免疫有無			
	免疫有		免疫無	不明
麻疹	☐	☐ 予防接種済 ☐ () 歳頃罹患済	☐	☐
風疹	☐	☐ 予防接種済 ☐ () 歳頃罹患済	☐	☐
水痘	☐	☐ 予防接種済 ☐ () 歳頃罹患済	☐	☐
流行性耳下腺炎 (ムンプス)	☐	☐ 予防接種済 ☐ () 歳頃罹患済	☐	☐

2. B型肝炎についてお尋ねします。(ワクチン接種の有無についてお答えください)

	済	未済
ワクチン接種	☐	☐

お問い合わせ先

看護部 副部長 鈴木和子 PHS 511

管理部 事務長 上野邦夫 PHS 600