

予防接種歴確認票

流行性感染症について罹患歴または予防接種歴がない場合は、当院でのボランティア活動をしていただくことができません。所定用紙以外の予防接種記録の受付は行ないませんので、全ての項目にご記入ください。（※印は未成年の方のみご記入をお願いします。）

ふりがな

氏名: _____ 生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※学校名: _____ (学年 _____) ※保護者氏名: _____ (続柄 _____)

1. 以下の感染症の罹患歴についてお聞かせください。[はい/いいえ]のいずれかに○をしてください。

病名	罹患の有無
麻疹（はしか）	はい / いいえ
風疹（三日ばしか）	はい / いいえ
水痘（水ぼうそう）	はい / いいえ
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	はい / いいえ

2. 1で、[いいえ]に○をされた方は、項目に沿って予防接種歴または、抗体価（免疫）についてお聞かせください。60歳以上の方は、麻疹・風疹の自然免疫を持っている可能性が高いため、未罹患の場合であっても、ワクチン接種を免除します。

<p>(1) 麻疹（はしか） 風疹（三日ばしか）</p> <p>2度のワクチン接種歴が確認できず、また指定の方法による抗体検査で免疫が不十分と判定された方は、追加の予防接種を受けていただきます。</p>	<p><予防接種歴></p> <p><input type="checkbox"/> MR ワクチン（麻疹・風疹混合）</p> <p>1回目接種日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>2回目接種日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p><input type="checkbox"/> MMR ワクチン（麻疹・風疹・おたふく混合） (平成元年～平成5年生まれの方のみ該当)</p> <p>1回目接種日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>2回目接種日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p><input type="checkbox"/> 単独接種</p> <p>〔麻疹〕 1回目接種日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>2回目接種日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>〔風疹〕 1回目接種日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>2回目接種日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p><抗体検査結果></p> <p>〔麻疹 いずれかに結果を記入〕</p> <p><input type="checkbox"/> EIA 法 (IgG) 結果: _____ <input type="checkbox"/> PA 法 結果: _____</p> <p>〔風疹 いずれかに結果を記入〕</p> <p><input type="checkbox"/> HI 法 結果: _____ <input type="checkbox"/> EIA 法 (IgG) 結果: _____</p>
---	--

<p>(2) 水痘 (水ぼうそう)</p> <p>2 度のワクチン接種歴が確認できず、また指定の方法による抗体検査で免疫が不十分と判定された方は、追加の予防接種を受けていただきます。</p>	<p><予防接種></p> <p>1 回目接種日：西暦 年 月 日</p> <p>2 回目接種日：西暦 年 月 日</p> <p>3 回目接種日：西暦 年 月 日</p> <p><抗体検査結果></p> <p>〔水痘〕 <input type="checkbox"/>EIA 法 (IgG) 結果： (基準値は 4.0 以上)</p>
--	---

<p>(3) 流行性耳下腺炎 (ムンプス・おたふくかぜ)</p> <p>2 度のワクチン接種歴が確認できず、また指定の方法による抗体検査で免疫が不十分と判定された方は、2 回の予防接種をお勧めします。</p>	<p><予防接種></p> <p>1 回目接種日：西暦 年 月 日</p> <p>2 回目接種日：西暦 年 月 日</p> <p><抗体検査結果></p> <p><input type="checkbox"/>EIA 法 (IgG) 結果 (いずれかに○)： 陽性 / 陰性</p>
---	---

<p>(4)新型コロナウイルス ワクチン</p> <p>2 度以上のワクチン接種歴が確認できない方は、ボランティアへの参加ができません。</p>	<p><予防接種></p> <p>1 回目接種日：西暦 年 月 日</p> <p>2 回目接種日：西暦 年 月 日</p> <p>3 回目接種日：西暦 年 月 日</p> <p>4 回目接種日：西暦 年 月 日</p> <p><PCR 検査結果></p> <p>〔新型コロナウイルス〕 西暦 20 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/>PCR 検査 結果 (いずれかに○)： 陽性 / 陰性</p>
---	--

<p>(5)インフルエンザ</p>	<p><予防接種></p> <p>最終ワクチン接種日：西暦 年 月 日</p>
--------------------------	---

長野県立こども病院感染管理チームの基準では、冬季～春季 (12 月～5 月) にボランティア活動に参加される方のインフルエンザワクチンの予防接種が推奨されています。

【ボランティア活動承認欄】

受理日：20 年 月 日

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ボランティア参加	担当
					可 ・ 否	