抗体検査・健康状態等に関する確認書

慶應義塾大学医学部長　　　殿

慶應義塾大学病院長　　　　殿

慶應義塾大学病院事務局長　殿

私の健康診断の受診状況等は以下のとおりです。

**＜健康診断の受診状況＞（病院見学をしない場合は回答不要）**

1年以内に胸部X線検査を含む健康診断を受けていますか（　はい　・　いいえ　）

**＜結核＞（病院見学をしない場合は回答不要）**

胸部X線検査　　　　年　　　月　（　異常なし　・　所見あり［　　　　　　　　　　］）

**＜ウィルス感染症の罹患歴・ワクチン歴＞（病院見学をしない場合は回答不要）**

　水痘　（　罹患歴あり　ワクチン歴あり［　　］回　抗体価陽性 その他［　 　］）

　麻疹　（　罹患歴あり　ワクチン歴あり［　　］回　抗体価陽性 その他［　 　］）

　流行性耳下腺炎　（　罹患歴あり　ワクチン歴あり［　　］回　抗体価陽性 その他［　 　］）

　風疹　（　罹患歴あり　ワクチン歴あり［　　］回　抗体価陽性 その他［　 　］）

**＜感染症の症状＞**

発熱、咽頭痛、咳嗽、息苦しさ、強いだるさ、吐き気・嘔吐、下痢、痛痒い赤い発疹や水疱（帯状疱疹）

* 現在、上記症状が1つ以上ある
* 現在、上記症状が１つもない
* １週間ほど前に、上記症状が１つ以上あった

**＜新型コロナウイルス感染症　感染歴およびワクチン接種歴＞**

* 罹患歴あり　 （　発症　　　　　年　　　　月）
* ワクチン歴あり　（ 最終接種は　　　回目　　20　　　年　　　月　　　日　□ワクチン歴なし

（接種を必須としていませんので、未接種でも見学・研修・実習に不利益とはなりません。）

**＜新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者としての確認＞**

以下について、１つでも該当する項目の有無。　　　（　ある　・　なし　）

* 患者（確定例）の感染可能期間（発症２日前〜）と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）。
* 適切な感染防護具なしに患者（確定例）の診察、看護、介護。
* 患者（確定例）の気道分泌液もしくは体液などの汚染物質に直接触れた可能性。
* 手で触れることができる距離（目安として1m）で必要な感染予防策なしで患者（確定例）と15分以上の

接触。

年　　　月　　　日

所属　　　　　　　　　　　　　　　連絡先