

健康診断に関連する個人票

学籍番号 TSN - 氏名

疾患		要件(該当する項目に☑を入れる)									
風疹 (EIA法)	1	<input type="checkbox"/> 1歳以上でのワクチン2回接種 <input type="checkbox"/> 上記を証明する書類を添付	接種日	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日
	検査結果	2	<input type="checkbox"/> 罹患歴がある <input type="checkbox"/> 上記を証明する書類を添付	罹患日	西暦	年	月	日	/		
				検査日	西暦	年	月	日			
_____	3	<input type="checkbox"/> 上記1~3に該当しない <input type="checkbox"/> 接種を証明する書類を添付	接種日	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日
麻疹 (EIA法)	1	<input type="checkbox"/> 1歳以上でのワクチン2回接種 <input type="checkbox"/> 上記を証明する書類を添付	接種日	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日
	検査結果	2	<input type="checkbox"/> 罹患歴がある <input type="checkbox"/> 上記を証明する書類を添付	罹患日	西暦	年	月	日	/		
				検査日	西暦	年	月	日			
_____	3	<input type="checkbox"/> 上記1~3に該当しない <input type="checkbox"/> 接種を証明する書類を添付	接種日	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日
水痘 (EIA法)	1	<input type="checkbox"/> 1歳以上でのワクチン2回接種 <input type="checkbox"/> 上記を証明する書類を添付	接種日	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日
	検査結果	2	<input type="checkbox"/> 罹患歴がある <input type="checkbox"/> 上記を証明する書類を添付	罹患日	西暦	年	月	日	/		
				検査日	西暦	年	月	日			
_____	3	<input type="checkbox"/> 上記1~3に該当しない <input type="checkbox"/> 接種を証明する書類を添付	接種日	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日
流行性 耳下腺炎 (EIA法)	1	<input type="checkbox"/> 1歳以上でのワクチン2回接種 <input type="checkbox"/> 上記を証明する書類を添付	接種日	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日
	検査結果	2	<input type="checkbox"/> 罹患歴がある <input type="checkbox"/> 上記を証明する書類を添付	罹患日	西暦	年	月	日	/		
				検査日	西暦	年	月	日			
_____	3	<input type="checkbox"/> 上記1~3に該当しない <input type="checkbox"/> 接種を証明する書類を添付	接種日	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日
B型肝炎	1	<input type="checkbox"/> 抗HBs抗体 $\geq 10\text{mIU/ml}$ (検査結果のコピーを添付)	検査日	西暦	年	月	日				
	2	<input type="checkbox"/> ワクチンを3回接種 <input type="checkbox"/> 上記を証明する書類を添付	接種日	西暦	年	月	日	西暦	年	月	日
結核		<input type="checkbox"/> IGURA(T-spot)検査 <input type="checkbox"/> 検査結果のコピーを添付	検査日	西暦	年	月	日	結果			

上記の内容について、相違ないことを証明します。

年 月 日

宝塚市立看護専門学校 学校長