

<ワクチン接種・胸部レントゲン検査結果報告書>

社会福祉法人 恩師 財団 濟生会 神栖濟生会病院長 殿

<実習生の名前> 学校名 氏名

1. 母子手帳を確認し、記入すること。
2. 当日は母子手帳を持参すること。
3. 胸部レントゲンは、最新の結果、なければ入学時の結果を記入してください。

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

項目	ワクチン接種日 (西暦 年月日)	抗体の有無 ※記入しないでください
麻疹	1回目: 年 月 日	有 ・ 無
	2回目: 年 月 日	
風疹	1回目: 年 月 日	有 ・ 無
	2回目: 年 月 日	
水痘	1回目: 年 月 日	有 ・ 無
	2回目: 年 月 日	
流行性耳下腺炎	1回目: 年 月 日	有 ・ 無
	2回目: 年 月 日	
備考		

新型コロナウイルスワクチン接種歴

() 回接種
最終接種日: 年 月 日

**インフルエンザウイルスワクチン接種日
(10月～3月に実習に来る方)**

年 月 日

結核

項目	検査年月日	結果
胸部レントゲン	月	異常が 有 ・ 無
備考		

上記の者についてワクチン接種・胸部レントゲン状況について上記のとおり確認しました。

学校名 氏名