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＞**

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＞**

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＞**

　水痘　　（　罹患歴あり　　ワクチン歴あり［　　］回　　いずれもなし　　不明　）

　麻疹　　（　罹患歴あり　　ワクチン歴あり［　　］回　　いずれもなし　　不明　）

　流行性耳下腺炎　　（　罹患歴あり　　ワクチン歴あり［　　］回　　いずれもなし　　不明　）

　風疹　　（　罹患歴あり　　ワクチン歴あり［　　］回　　いずれもなし　　不明　）

**＜新型コロナウイルス感染症の症状＞**

・息苦しさや強いだるさ、高熱のいずれかの症状　（現在：ある・なし　，１週間以内：ある・なし）

・比較的軽い風邪症状が４日以上続く　　　　　　（現在：ある・なし　，１週間以内：ある・なし）

・既往あり　　あり（時期：　　　　　　　　）・なし

**＜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