

실습 및 연수생 예방접종 및 결핵검진 확인서

환자와 직접 대면하는 모든 실습생 및 연수생은 아래의 항목을 **빠짐없이** 기록한 뒤
진료의의 확인을 받아 제출하여 주십시오

- ▶ 해당하는 체크박스에 체크 표시하여 주시고 접종일을 확인할 수 있는 경우에는 접종일도 기입하여 주십시오
- ▶ 진료의의 확인이 어려운 경우 검사결과지 등 관련 증명서를 제출할 수 있습니다.

성명		생년월일	
소속		연락처	

<p>홍역 / 유행성이하선염 / 풍진</p> <p><u>1967년 이후 출생자에 한하여</u> 2회 MMR 예방접종력 또는 각각의 개별 예방접종력 또는 항체검사 양성 결과를 기술하여 주십시오. (1967년 이전 출생자는 면역이 있는 것으로 간주)</p> <p><input type="checkbox"/> 1967년 이전 출생자</p>	<p><input type="checkbox"/> 2회 MMR 예방접종 완료 □1차 (____년 ____월) □2차 (____년 ____월)</p> <p><u>또는</u></p> <p><input type="checkbox"/> 각각의 개별 예방접종 완료</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Measles Vaccine</u> □1차 (____년 ____월) □2차 (____년 ____월) • <u>Mumps Vaccine</u> □1차 (____년 ____월) □2차 (____년 ____월) • <u>Rubella Vaccine</u> □1차 (____년 ____월) <p>접종일 :</p> <p><u>또는</u></p> <p><input type="checkbox"/> 항체검사(IgG) 양성</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>• 홍역 항체검사일:</td> <td style="text-align: right;">결과 값:</td> </tr> <tr> <td>• 유행성이하선염 항체검사일:</td> <td style="text-align: right;">결과 값:</td> </tr> <tr> <td>• 풍진 항체검사일:</td> <td style="text-align: right;">결과 값:</td> </tr> </table>	• 홍역 항체검사일:	결과 값:	• 유행성이하선염 항체검사일:	결과 값:	• 풍진 항체검사일:	결과 값:
• 홍역 항체검사일:	결과 값:						
• 유행성이하선염 항체검사일:	결과 값:						
• 풍진 항체검사일:	결과 값:						
<p style="text-align: center;">수두</p> <p>수두 기왕력 또는 항체검사 양성 결과 또는 2회 수두 예방접종력을 기술하여 주십시오.</p>	<p><input type="checkbox"/> 수두 기왕력 있음</p> <p><u>또는</u></p> <p><input type="checkbox"/> 항체검사(IgG) 양성 검사일: _____ 결과 값: _____</p>						

	<p><u>또는</u></p> <p><input type="checkbox"/> 2회 수두 예방접종 완료</p> <p>□1차 (_____년 _____월) □2차 (_____년 _____월)</p>
<p>B형간염</p> <p>3회 B형 간염 예방접종력 또는 항체 검사 양성 결과를 기술하여 주십시오.</p>	<p><input type="checkbox"/> 3회 B형 간염 예방접종 완료</p> <p>□1차 (_____년 _____월) □2차 (_____년 _____월)</p> <p>□3차 (_____년 _____월)</p> <p><u>또는</u></p> <p><input type="checkbox"/> 항체검사 양성</p> <p>검사일: _____ 결과 값: _____</p>
<p>결핵</p> <p>최근 6개월 이내의 투베르쿨린 (결핵) 피부 반응검사 혹은 인터페론 감마 분비 검사 (잠복결핵 검사)와 함께 최근 6개월 이내의 흉부 X선 검사 결과를 기술하여 주십시오</p>	<p><input type="checkbox"/> 투베르쿨린 (결핵) 피부 반응검사</p> <p>검사일: _____</p> <p>결과: _____ mm, 판독: <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성</p> <p><u>또는</u></p> <p><input type="checkbox"/> 인터페론 감마 분비 검사 (잠복결핵 검사)</p> <p>검사일 : _____</p> <p>결과 : <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 흉부 X선 검사 (최근 6개월 이내)</p> <p>검사일: _____</p> <p>결과: _____</p>
<p>* 투베르쿨린 (결핵) 피부 반응검사 혹은 인터페론 감마 분비 검사 (잠복결핵 검사) 양성 또는 흉부 x선 검사에 이상이 있는 경우 결핵 설문지를 작성하여 주십시오.</p>	

위와 같이 예방접종 및 결핵검진 사실을 증명합니다.

발 행 일 : _____년 _____월 _____일
 발급기관 : _____연락처 : _____
 진 료 의 : _____(인)

결핵설문지

아래의 질문에 빠짐없이 응답하여 주시기 바랍니다.

	예	아니오
1) 잠복결핵 (Latent TB)에 대한 치료를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 활동성결핵 (active TB)에 대한 치료를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) BCG 예방접종을 받았습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 활동성 결핵 환자와 접촉한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 활동성 결핵 증상		

아래의 증상에 대해 해당여부를 표시하여 주십시오

	예	아니오
① 뚜렷한 원인 없이 2-3주 이상 지속되는 기침	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 피가 섞인 가래나 객혈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 체중감소	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 야간의 식은땀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 지속되는 발열	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 피로 및 쇠약감	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>