

[별첨 4] 실습생 및 연수생 예방접종 및 결핵검진 확인서

## 실습생 및 연수생 예방접종 및 결핵검진 확인서

환자와 직접 대면하는 모든 실습생(연수생)은 아래의 예방접종을 모두 완료한 뒤 아래에 해당하는 항목을 빠짐없이 기록하여 주십시오.			
성명		생년월일	
소속		연락처	
홍역 유행성이하선염 풍진 (3개 중 택1)	<input type="checkbox"/> 2회 MMR 예방접종 완료	1차 접종일 :                      2차 접종일 :	
	<input type="checkbox"/> 개별 예방접종 완료	Measles Vaccine	1차 접종일 : 2차 접종일 :
		Mumps Vaccine	1차 접종일 : 2차 접종일 :
		Rubella Vaccine	접종일 :
<input type="checkbox"/> 항체검사 양성	홍역 항체 검사일 : 유행성이하선염 항체 검사일 : 풍진 항체 검사일 :		
수두 (3개 중 택1)	<input type="checkbox"/> 수두 기왕력 있음	진단일 :	
	<input type="checkbox"/> 항체검사 양성	검사일 :	
	<input type="checkbox"/> 2회 수두 예방접종 완료	1차 접종일 :                      2차 접종일 :	
B형간염 (2개 중 택1)	<input type="checkbox"/> 3회 B형간염 예방접종 완료	1차 접종일 :                      2차 접종일 : 3차 접종일 :	
	<input type="checkbox"/> 항체검사 양성	검사일 :	
A형 감염 (선택형)	<input type="checkbox"/> 2회 A형간염 예방접종 완료	1차 접종일 :                      2차 접종일 :	
<b>결 핵</b>			
(2개 중 택1)	<input type="checkbox"/> 투베르쿨린(결핵) 피부 반응검사	검사일 : 결 과 :                      mm 판 독 : <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성 (결핵설문지 작성)	
	<input type="checkbox"/> 인터페론 감마 분비검사 (잠복결핵 검사)	검사일 : 결 과 : <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성 (결핵설문지 작성)	
<input type="checkbox"/> 흉부X선 검사 (최근 3개월 이내)                      (필수)		검사일 : 결 과 :                      이상소견 (결핵설문지 작성)	
위와 같이 예방접종 사실을 증명합니다.			
발 행 일 :                      년                      월                      일			
발급기관 :		연락처 :	
진 료 의 :			(인)

## 결핵설문지 (결핵검사 후 이상이 있을 경우 작성할 것)

성명		생년월일	
소속		연락처	

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