

면역력 및 감염상태확인 점검표

이 름:	부서명:
성 별:	휴대폰 번호:
생년월일:	이메일주소:

* 점검표 작성 후 진료받은 의료기관명, 진료의 서명이 반드시 필요합니다.

• 면역력확인 필수항목

1. 각 항목에 예방접종력 혹은 검사결과에 기재 하십시오. 접종력/결과지 복사본 혹은 진단서를 첨부하십시오.
2. 예방접종력은 ‘질병관리본부>예방접종도우미’에서 확인가능한 공인된 기록이어야 합니다(혹은 증빙가능한 서류).

항목	예방접종력	검사결과	과거진단
A형간염	6-12개월 간격 2회 접종 □ 1차 : 년 월 일 □ 2차 : 년 월 일	• Anti-HAV IgG : □ 양성 □ 음성 시행일 : 년 월 일	□ 해당시 진단서첨부
B형간염	0, 1, 6개월 간격 3회 접종 □ 1차 : 년 월 일 □ 2차 : 년 월 일 □ 3차 : 년 월 일	• HBs Ag : □ 양성 □ 음성 • HBs Ab : □ 양성 □ 음성 시행일 : 년 월 일	□ 해당시 진단서첨부
MMR (홍역, 유행성이하선염, 풍진)	4주 간격 2회 접종 □ 1차 : 년 월 일 □ 2차 : 년 월 일	• Measle Ab IgG : □ 양성 □ 음성 시행일 : 년 월 일 • Mumps Ab IgG : □ 양성 □ 음성 시행일 : 년 월 일 • Rubella IgG : □ 양성 □ 음성 시행일 : 년 월 일	□ 홍역 □ 이하선염 □ 풍진 해당시 진단서첨부
수두	4-8주 간격 2회 접종 □ 1차 : 년 월 일 □ 2차 : 년 월 일	• VZV Ab IgG : □ 양성 □ 음성 시행일 : 년 월 일	□ 해당시 진단서첨부
Tdap (파상풍, 디프테리아, 백일해)	10년 이내 1회 접종 마지막접종 : 년 월 일	-	-

- 감염상태확인 필수항목

1. 결핵 감염상태확인 중 ①(PPD skin test 혹은 IGRA test)은 1년 이내(단, 양성(잠복결핵)일시 과거결과 가능), ②(흉부엑스레이)는 3개월 이내 결과라야 적합합니다(①,② 모두 제출해야함).

항목	검사결과			
결핵	① 1년 이내	• PPD skin test 결과 : _____mm ☐ 양성 ☐ 음성 혹은 시행일: 년 월 일 • IGRA(interferon Gamma Release assay) 결과 : ☐ 양성 ☐ 음성 ☐ Indeterminate 시행일: 년 월 일		
	② 3개월 이내	• 흉부 엑스레이 : ☐ 정상 ☐ 이상소견 시행일: 년 월 일		

위와 같이 증빙함.

의료기관:

진료의 서명: