

직원 감염성 질환 면역력 확인서

1. 부서 : _____ 2. 직종 : _____ 3. 성명 : _____ 4. 연락처 : _____
 4. 사번 : _____ 5. ID NO : _____ 또는 6~7
 6. 주민번호 : _____ 7. 주소 : _____

의료인 예방접종은 감염병 예방에 가장 효과적이고 안전한 공중보건 중재수단으로(질병관리본부, 대한감염학회, 2012.) 감염병으로 부터 안전한 업무환경을 조성하고 직원감염 및 원내감염 전파예방을 위한 「감염성 질환 면역력 확인서」를 작성하여 제출바랍니다.

구분	감염병(백신명)	소아예방접종						항체 검사 (IgG)	질 환 과 거 력	성인예방접종				
		1회	2회	3회	4회	5회	6회			1회	2회	3회	Catch-up	
필수 사항	①수두	0개월								0개월	4~8주			
	MMR (홍역-볼거리-풍진)	②홍역 Measles	12~ 15개월	만4~ 6세							0개월	4주		
		③볼거리 Mumps	12~ 15개월	만4~ 6세							0개월	4주		
		④풍진 Rubella	12~ 15개월	만4~ 6세							0개월	4주		
	⑤B형간염	0개월	1개월	6개월						0개월	1개월	6개월		
권장 사항	⑥A형간염	12 개월후	6~18 개월후							0개월	6~12 개월			
	디프테리아-백일해-파 상풍(DTaP)	2개월	4개월	6개월	15~18 개월	만 4~ 6세								
	⑦파상풍-디프테리아- (백일해)(Tdap)						만 11~ 12세			0개월				
	⑧파상풍-디프테리아(Td)										1개월	6개월	10년 마다	
	⑨수막알균									0개월				
필수 사항	⑩결핵검사	0개월								1개월 이내				
	⑪잠복결핵검사									1개월 이내				

1. 참고 사항

- 면역력 有(예방접종 또는 항체검사 또는 질환 과거력) : + , 면역력 無 : - 로 기재 바랍니다.
- ※ ①: 1970년 이전 출생자, ②~④: 1967년 이전 출생자는 면역력이 확보된 것으로 인정하며 면역력 有 기재바랍니다.
- ①~④의 경우 예방접종 증명서 또는 항체검사 결과지 또는 의사진단서(질환과거력 있는 자)를 제출 바랍니다.
- ①~⑤ : 면역력 無인 경우 항체 검사를 실시하고 항체가 음성이면 반드시 예방접종을 실시하여 증빙서류를 제출 바랍니다.
- ⑩~⑪ : 채용 시 또는 1개월 이내 실시합니다.
- 면역현황을 확인 후 감염관리실로 제출바랍니다.
- 예방접종 증명서 발급 방법
 - 정부24 홈페이지→바로가기→공인인증서 로그인→검색창 예방접종증명 조회→신청→발급 또는
 - 보건소 방문하여 발급 또는
 - 예방접종 시행 의료기관 방문하여 발급

2. 개인정보 동의사항

- 본원 신규 등록번호를 생성하는 것에 동의합니다.
- 감염관리실에서 예방접종 도우미 사이트를 통해 예방접종 내역을 조회하는 것에 동의합니다.

본인 성명 : _____ (서명)