

동의과학대학교 간호학과 실습생 실습 전 면역상태 자가점검표

※ 감염성 질환으로부터 학생과 의료인, 환자를 보호하기 위하여 실습 전 아래의 사항을 확인하고 있으니 해당사항에 ○ 표기하고 이 표와 함께 해당 증명서 또는 결과지를 빠짐없이 제출하여 주시기 바랍니다.

◆ 동의과학대학교 간호학과	학년	학번 :	이름 :
◆ 핸드폰번호 :			

1. 수두(Varicella Zoster Virus, chicken pox)

※ 2회 예방접종 미시행 시 **실습불가**

☐ 수두를 앓은 적이 있는가?	과거력	(유 / 무)
☐ 항체검사결과지	시행 일시	년 월 일
	검사 결과 (Varicella zoster IgG)	(양성 / 음성 / 불확실)
☐ 예방접종증명서(검사결과 음성 or 불확실일 경우 4주 간격 2회 접종)	1차 (미접종 / 완료)	년 월 일
	2차 (미접종 / 완료)	년 월 일

2. 홍역, 이하선염, 풍진(Measles,Mumps,Rubella)

※ 2회 예방접종 미시행 시 **실습불가**

☐ 항체검사결과지	시행 일시		년 월 일
	검사 결과	Measles IgG	(양성 / 음성 / 불확실)
		Mumps IgG	(양성 / 음성 / 불확실)
		Rubella IgG	(양성 / 음성 / 불확실)
☐ 예방접종증명서(검사결과 하나라도 음성 or 불확실일 경우 4주 간격 2회 접종)	1차 (미접종 / 완료)		년 월 일
	2차 (미접종 / 완료)		년 월 일

3. B형 간염(Hepatitis B)

※ 3회 예방접종 미시행 시 **실습불가**

☐ 항원, 항체검사결과지	시행 일시		년 월 일
	검사 결과	HBs Ag(항원)	(양성 / 음성 / 불확실)
		HBs Ab(항체)	(양성 / 음성 / 불확실)
☐ 예방접종증명서(검사결과 음성 or 불확실일 경우 0, 1, 6개월 간격 3회 접종)	1차 (미접종 / 완료)		년 월 일
	2차 (미접종 / 완료)		년 월 일
	3차 (미접종 / 완료)		년 월 일

☐ 예방접종 후에도 항체 미생성인 경우 자상에 유의하여 실습 시행

4. 결핵(Tuberculosis)

☐ 결핵을 진단받은 적이 있는가?	과거력	(유 / 무)		세
	치료여부	(유 / 무)	치료시기	
	완치여부	(완치 / 치료 중 / 중단 / 모름)		
☐ 흉부 X-ray 검사 (해당학기 실습 전 3개월 이내 검사 결과지 결과(정상) 혹은 의사진단서(결핵소견 없음 혹은 정상소견))	시행 일시		년 월 일	
	검사 결과		(정상 / 비정상)	
	치료 기록			
	비정상일 경우 활동성 결핵이 아님을 증명하는 의사소견서 첨부			

앞장도 확인바랍니다.(총 2페이지)

5. 잠복결핵(latent tuberculosis)

□ IGRA(Interferon-Gamma Releasing Assay, 혈액 면역글로불린 검사) 음성 결과지	시행 일시	년 월 일
	검사 결과	(양성 / 음성 / 불확실)
	치료 기록	

6. T-dap 예방접종(diphtheria, pertussis, tetanus)

※ 1회 예방접종 미시행 시 **실습불가**

□ T-dap 예방접종증명서	시행 일시	년 월 일
-----------------	-------	-------

※ Td, DTap 인정 안됨.

7. Influenza 접종(3가/4가 모두 가능)

※ 매년 1회 예방접종 미시행 시 **실습불가**

□ Influenza 예방접종증명서	시행 일시	년 월 일
• 4월~9월 실습생 : 지난해		
• 10월~다음 해 3월 실습생 : 당해		

8. 기본검사

	시행 일시		년 월 일	
□ 검사결과지	체위검사	신장	색신	
		체중	청력(좌측/우측)	
		흉위	혈압(최고/최저)	
		시력(좌측/우측)		
	요검사	요당 Glucose	요잠혈 blood	
		요단백 Protein	요 P·H	
	혈액형검사	A, B, O, Rh		
	혈액검사	혈당(식전)Glucose	혈청지오티 AST(SGOT)	
		백혈구(WBC)	혈청지피티 ALT(SGPT)	
		혈색소 Hb	감마지티피 Gamma-GTP	
		적혈구백분율 Hematocrit	총콜레스테롤 T.Cholesterol	

위의 내용은 사실과 틀림없으며 개인정보 수집 · 이용하며 제 3자의 제공하는 것에 대해 동의합니다

년 월 일

제출자

(인)

[작성시 주의사항]

- 위의 항목에 대해 기재한 사항은 제출한 증빙서류와 일치해야 합니다.
- 학생의 건강상태(질병 등)로 예방접종 불가한 경우와 검사상 치료가 필요한 경우 '의사소견서' 제출하며 라이프가이드 담당교수님과 학과사무실에 해당내용을 반드시 알려주시길 바랍니다.
- 제출시 위의 자가점검표를 맨 윗장에 넣고 증빙서류를 첨부하여 한꺼번에 제출바랍니다.
- 제출기한 및 방법:

※ 제출기한 : 2024년 6월 20일 목요일 14시 까지(기간 엄수)

※ 제출방법 : 제출기한까지 학과사무실에 제출