

학번:

이름:

생년월일:

면역력 점검표					
항목		내용(기한)	결과		의사확인
결핵	흉부 X-ray	1학년1학기(3월31일까지)	<input type="checkbox"/> 정 상 시행일 :      년      월      일	<input type="checkbox"/> 이 상 소 건 월      일	
		2학년2학기(10월20일까지)	<input type="checkbox"/> 정 상 시행일 :      년      월      일	<input type="checkbox"/> 이 상 소 건 월      일	
	IGRA test	2학년2학기(10월20일까지)	<input type="checkbox"/> 정 상 시행일 :      년      월      일	<input type="checkbox"/> 이 상 소 건 월      일	
간염	A형 간염	항체 (Anti-HaV IgG) 2학년1학기(3월31일까지)	<input type="checkbox"/> 양 성 시행일 :      년      월      일	<input type="checkbox"/> 음 성 월      일	
		접종1차(항체음성시)	시행일 :      년      월      일		
		접종2차(항체음성시)	시행일 :      년      월      일		
		항체 (Anti-HaV IgG) -추가접종한 경우 (10월20일까지)	<input type="checkbox"/> 양 성 시행일 :      년      월      일	<input type="checkbox"/> 음 성 월      일	
	B형 간염	항원 (HBs Ag) 2학년1학기(3월31일까지)	<input type="checkbox"/> 양 성 시행일 :      년      월      일	<input type="checkbox"/> 음 성 월      일	
		항체 (HBs Ab) 2학년1학기(3월31일까지)	<input type="checkbox"/> 양 성 시행일 :      년      월      일	<input type="checkbox"/> 음 성 월      일	
		접종1차(항체음성시)	시행일 :      년      월      일		
		접종2차(항체음성시)	시행일 :      년      월      일		
		접종3차(항체음성시)	시행일 :      년      월      일		
		항체 (HBs Ab) -추가접종한 경우 (10월20일까지)	<input type="checkbox"/> 양 성 시행일 :      년      월      일	<input type="checkbox"/> 음 성 월      일	
MMR	홍역	항체 (Measle Ab IgG) 2학년1학기(3월31일까지)	<input type="checkbox"/> 양 성 시행일 :      년      월      일	<input type="checkbox"/> 음 성 월      일	
	볼거리	항체 (Mumps Ab IgG) 2학년1학기(3월31일까지)	<input type="checkbox"/> 양 성 시행일 :      년      월      일	<input type="checkbox"/> 음 성 월      일	
	풍진	항체 (Rubella IgG) 2학년1학기(3월31일까지)	<input type="checkbox"/> 양 성 시행일 :      년      월      일	<input type="checkbox"/> 음 성 월      일	
수두	항체 (VZV Ab IgG) 2학년1학기(3월31일까지)	<input type="checkbox"/> 양 성 시행일 :      년      월      일	<input type="checkbox"/> 음 성 월      일		
Tdap	접종 10년 이내-접종확인서(없는 경우 재접종) 2학년1학기(3월31일까지) 접종 10년 이상 경과 - 재접종 후 접종확인서 2학년1학기(3월31일까지)				
Influenza	2학년2학기(11월10일까지)	시행일 :      년      월      일			

-이상소견, 항원양성 등의 경우 상호실습, 병/의원 내의 현장 실습 가능 여부에 대한 의사의 소견서 필요함  
 -추가접종 후 의사의 소견에 따라 추가적인 항체 검사 면제 가능(소견서 첨부)