

ふれあい看護体験における機密保持及び個人情報保護に関する誓約書 兼感染症の既往・ワクチン接種状況報告書

病院

病院長 様

私は、ふれあい看護体験における病院見学・実習において、知り得た患者及びその家族、病院関係者の個人情報の保護、機密保持について以下の事項を遵守することを誓約いたします。

- 1 体験中において、病院が保有する情報や患者及び家族の個人情報を第三者に、故意または過失によって漏洩しないことを遵守いたします。また、このことは病院見学・実習が終了した後についても継続されます。
- 2 万一、前項の誓約事項に違反して、病院並びに患者及びその家族に損害を与えた場合、その後の見学・実習を中止いたします。
また、法的な責任が生ずることを十分に理解し、その責任を負うことに異議ありません。

令和 年 月 日

学校名 _____

住 所 _____

氏 名 _____
(自筆でご記入ください)

保護者氏名 _____
(自筆でご記入ください)

保護者緊急連絡先 _____

〈感染症の既往・ワクチン接種状況〉

それぞれの感染症に対して、母子手帳をご確認いただき、下記に記載してください。

- 既往歴（感染症にかかったことがある）がある場合は年齢を記入してください。
- 予防接種をした日を記載してください。

※なお、既往や予防接種をされていない場合は、空欄でよいです。

母子手帳を確認し、感染症の既往やワクチン接種がない項目がある場合は、事前に体験先にご確認ください。

	はしか	風疹	水ぼうそう	おたふくかぜ
既往歴				
予防接種日				