

予防接種歴・罹患歴調査票

調査票記入日: 裏面にご記入
 母子手帳による確認: ください

この調査票は、園内の感染症対策のうえで役立つ情報になりますので、可能な限り母子手帳を確認のうえ、記入してください。
 この調査票は、入園から卒園までの期間使います。この調査票は園内で厳重に保管し外部へは一切持ち出しません。園内で統計情報として用いることはありますが、その場合には個人が特定されるようなことはありません。

| | | | | | | | |
|--------------|-------------------|------------|---------|------------------------|------------------------------------|----|---|
| ふりがな 氏名 | | | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 | 平熱 | ℃ |
| 保険証番号 | 番号 | | | かかりつけの 病院 (電話番号) | | | |
| | 記号 | | | | | | |
| 喘息 | 無・有 (最終発作日 /) | 食物アレルギーの有無 | 無・有 () | けいれんの 既往の有無 | 無・有 (回数: 回) (最終年月日:) (原因:) | | |
| アトピー性 皮膚炎 | 無・有 | 薬物アレルギーの有無 | 無・有 () | | | | |
| 出生時の状況 | 身長()cm 体重()g | 在胎週()週 | 第()子 | 出生時の異常: 無・有 () | | | |

| 予防接種 (いままでに受けたワクチンの種類・回数など) ※受けた場合は、その回数の欄に接種した年月日を記入してください | | | | | |
|--|-----------|-----|-----|-----|-----|
| | | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 4回目 |
| BCG | 受けていない | | / | / | / |
| ポリオ(生・不活化) (小児まひ) | 受けていない | | | | |
| 三種混合・四種混合 (ジフテリア、破傷風、百日咳、 不活化ポリオ) | 受けていない | | | | |
| MR (麻しん・風しん混合) | 受けていない | | | | |
| 麻しん(単独接種) | / | | | | |
| 風しん(単独接種) | / | | | | |
| 日本脳炎1期 | 受けていない | | | | |
| みずぼうそう | 受けていない | | | | |
| おたふくかぜ | 受けていない | | | | |
| Hib (インフルエンザ菌B型) | 受けていない | | | | |
| 小児用肺炎球菌 | 受けていない | | | | |
| ロタウイルス (1価は2回、5価は3回) | 受けていない | | | | |
| インフル エンザ | 年度 受けていない | | | | |
| | 年度 受けていない | | | | |
| | 年度 受けていない | | | | |
| | 年度 受けていない | | | | |
| | 年度 受けていない | | | | |
| | 年度 受けていない | | | | |
| 【その他の予防接種】ジフテリア、破傷風単独接種、B型肝炎など | | | | | |

| 既往歴 (いままでにかかった病気の種類など) ※かかった場合は、年月日を記載してください | |
|---|----------|
| 罹患した年月日 | |
| 結核 | 年 月 日 |
| ポリオ | 年 月 日 |
| ジフテリア | 年 月 日 |
| 破傷風 | |
| 百日咳 | |
| 麻しん | 年 月 日 |
| 風しん | 年 月 日 |
| 日本脳炎 | 年 月 日 |
| みずぼうそう | 年 月 日 |
| おたふくかぜ | 年 月 日 |
| Hib感染症(髄膜炎、敗血症、 咽頭蓋炎など) | 年 月 日 |
| 肺炎球菌感染症 (髄膜炎、敗血症、中耳炎など) | 年 月 日 |
| ロタウイルス | 年 月 日 |
| インフル エンザ | 年度 年 月 日 |
| | 年度 年 月 日 |
| | 年度 年 月 日 |
| | 年度 年 月 日 |
| | 年度 年 月 日 |
| | 年度 年 月 日 |
| 【その他の既往歴】 ※今までにかかった病気、入院歴など | |

