

予防接種歴・罹患歴調査票

児童名		性別	男・女	生年月日	20	年	月	日生
-----	--	----	-----	------	----	---	---	----

調査票確認日			母子健康手帳による確認		調査票確認日			母子健康手帳による確認			
1	年	月	日	有	無	6	年	月	日	有	無
2	年	月	日	有	無	7	年	月	日	有	無
3	年	月	日	有	無	8	年	月	日	有	無
4	年	月	日	有	無	9	年	月	日	有	無
5	年	月	日	有	無	10	年	月	日	有	無

予防接種歴 ※ 接種年月日を記載してください					
予防接種の種類		1回目	2回目	3回目	4回目
BCG	受けていない		/	/	/
四種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ混合)	受けていない				
	受けていない				
麻しん・風しん混合(MR)	受けていない			/	/
日本脳炎1期	受けていない			1期追加	/
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				/
みずぼうそう(水痘)	受けていない			/	/
おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)	受けていない			/	/
B型肝炎	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		/	/
その他	ジフテリア、破傷風単独接種など予防接種歴 または罹患歴について				

罹患歴 ※ 罹患した年月日を記載してください 罹患した病気と年月日(登園停止日)		
結核		
ポリオ		
ジフテリア		
破傷風		
百日咳		
麻しん		
風しん		
日本脳炎		
Hib感染症 (髄膜炎・敗血症・咽頭蓋炎など)		
肺炎球菌感染症 (髄膜炎・敗血症・中耳炎など)		
ロタウイルス		
みずぼうそう(水痘)		
おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)		
B型肝炎		
インフルエンザ	年度	かかっていない
	年度	かかっていない
	年度	かかっていない
	年度	かかっていない