予防接種歴・罹患歴調査票

N0	

＊回答者は記入しないでください

国立感染症研究所感染症情報センター（2012年3月改訂）

この調査は、保育所（園）で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、保育園入園から卒園までの期間使います。この調査票は保育園で厳重に保管し、外部へ一切持ち出ししません（統計情報として用いることはあります）。

性別 ： 男　女
氏名 ：
生年月日 ：

クラス名	調査票記載日	母子手帳による確認	
組	年　月　日	有	無
組	年　月　日	有	無
組	年　月　日	有	無
組	年　月　日	有	無
組	年　月　日	有	無
組	年　月　日	有	無

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、その回数に〇をつけ、〇の下に年月を記載してください。

		1回目	2回目	3回目	4回目	
BCG	受けていない					わからない
ポリオ（小児まひ）	受けていない					わからない
三種混合（ジフテリア、破傷風、百日咳混合）	受けていない					わからない
MR（麻しん・風しん混合）	受けていない					わからない
麻しん（単独接種）						わからない
風しん（単独接種）						
日本脳炎1期	受けていない					わからない
みずぼうそう	受けていない					わからない
おたふくかぜ	受けていない					わからない
Hib(インフルエンザ菌B型)	受けていない					わからない
小児用肺炎球菌	受けていない					わからない
ロタウイルス 1価は2回、5価は3回	受けていない					わからない
インフルエンザ 年度	受けていない					わからない
年度	受けていない					わからない
年度	受けていない					わからない
年度	受けていない					わからない
年度	受けていない					わからない
年度	受けていない					わからない

その他
ジフテリア、破傷風単独接種
B型肝炎など

罹患歴（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（登園停止日）
結核	年　月　日
ポリオ	年　月　日
ジフテリア	年　月　日
破傷風	年　月　日
百日咳	年　月　日
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、肺血症、咽頭蓋炎など）	年　月　日
肺炎球菌感染症（髄膜炎、肺血症、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	かかっていない　年　月　日
年度	かかっていない　年　月　日
年度	かかっていない　年　月　日
年度	かかっていない　年　月　日
年度	かかっていない　年　月　日
年度	かかっていない　年　月　日