

# 予防接種歴・罹患歴調査票

No.

※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（2013年4改訂）

この調査は、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、園入園から卒業までの期間使います。この調査票は園で厳重に保管し、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：	年 月 日

クラス名	
	組
	組
	組
	組
	組

調査票記載日	母子手帳による確認	
年 月 日	有	無
年 月 日	有	無
年 月 日	有	無
年 月 日	有	無
年 月 日	有	無
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○をつけ、○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	
四種混合（DTP-IPV） （三種混合-不活化ポリオ）	受けていない					わからない
ポリオ（生・不活化）	受けていない					わからない
三種混合（DTP） （D.ジフテリア、T.破傷風、P.百日咳）	受けていない					わからない
BCG	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）	/		/	/	/	わからない
日本脳炎	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
肺炎球菌（7価結合型）	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
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
B型肝炎	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						

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）			
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		
結核	年 月 日		
麻しん	年 月 日		
風しん	年 月 日		
日本脳炎	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		
みずぼうそう	年 月 日		
おたふくかぜ	年 月 日		
ロタウイルス	年 月 日		
B型肝炎	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

裏面もご記入ください