

# 一時保育児童の健康調査

氏名 \_\_\_\_\_

小児は発達など変化の著しい時期にあります。お子さまの健康保持のために予防接種、病気等についてお知らせくださいますようお願いいたします。

1 平熱を記入してください。 \_\_\_\_\_ °C

2 予防接種が済んだもの、病気にかかったものそれぞれに年月日を記入してください。

予防接種歴 (いままでに受けたワクチンの接種年月を記入してください)						
ワクチン		接種年月日				
三種混合		①	年	月	③	年 月
		②	年	月	④	年 月
四種混合		①	年	月	③	年 月
		②	年	月	④	年 月
BCG		年 月				
ポリオ	生ワクチン	①	年	月	②	年 月
	不活化ワクチン	①	年	月	③	年 月
		②	年	月	④	年 月
MR (麻疹、風疹混合)		①	年	月	②	年 月
麻疹単独		①	年	月	②	年 月
風疹単独		①	年	月	②	年 月
日本脳炎		①	年	月	③	年 月
		②	年	月		
みずぼうそう		①	年	月	②	年 月
おたふくかぜ		①	年	月	②	年 月
ロタウイルス		①	年	月	③	年 月
		②	年	月		
ヒブ		①	年	月	③	年 月
		②	年	月	④	年 月
小児用肺炎球菌		①	年	月	③	年 月
		②	年	月	④	年 月
B型肝炎		①	年	月	③	年 月
		②	年	月		

罹患歴		
病名	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	年 月 日	
百日咳	年 月 日	
麻疹	年 月 日	
風疹	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	
ヒブ感染症 <small>(髄膜炎、敗血症、咽頭蓋炎)</small>	年 月 日	
肺炎球菌感染症 <small>(髄膜炎、敗血症、中耳炎など)</small>	年 月 日	
ロタウイルスによる	胃腸炎	年 月 日
	脳炎	年 月 日
B型肝炎	年 月 日	
突発性発疹	年 月 日	

3 いままでにかかった病気、けががあれば記入してください。

4 アレルギー、アトピー、喘息はありますか? 【 あり ・ なし 】  
 ありの場合 : 症状、現在の内服薬、軟膏などあれば記入してください。

5 けいれんを起こしたことがありますか? 【 あり ・ なし 】  
 ありの場合 : そのときの熱の有無、対処法、使用薬品名などを記入してください。

6 脱臼したことがありますか? 【 あり ・ なし 】  
 ありの場合 : 起こした年月日、部位を記入してください。

7 園で注意してほしいこと、心配なことがあれば記入してください。