

健康管理

園児名 _____

(1) 予防接種

今までに受けた予防接種の年月日を記入すること。(日付は母子健康手帳を参照)

種類	ワクチンの種類	実施年月日		
		1回	2回	3回
定期接種	インフルエンザ菌 b 型 (Hib)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		追加 年 月 日		
	小児用肺炎球菌	1回 年 月 日	2回 年 月 日	3回 年 月 日
		追加 年 月 日		
	B型肝炎	1回 年 月 日	2回 年 月 日	3回 年 月 日
	ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ	第1期初回1回 年 月 日	第1期初回2回 年 月 日	第1期初回3回 年 月 日
		第1期追加 年 月 日		
	BCG	年 月 日		
麻しん・風しん	第1期 年 月 日	第2期 年 月 日		
水痘 (みずぼうそう)	1回 年 月 日	2回 年 月 日		
日本脳炎	第1期初回1回 年 月 日	第1期初回2回 年 月 日	第1期追加 年 月 日	
任意接種	ロタウイルス	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	インフルエンザ (直近の接種日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	その他 ()	年 月 日	年 月 日	年 月 日

(2) 既往症

今までにかかった病気を教えてください。

水痘	歳 か月 (期間: 日間)		歳 か月 (期間: 日間)		歳 か月 (期間: 日間)		歳 か月 (期間: 日間)	
流行性耳下腺炎	歳 か月 (期間: 日間)		歳 か月 (期間: 日間)		歳 か月 (期間: 日間)		歳 か月 (期間: 日間)	
麻しん	歳 か月	歳 か月						
風しん	歳 か月	歳 か月						
百日咳	歳 か月	歳 か月						
プール熱	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
インフルエンザ	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
流行性角結膜炎	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
急性出血性結膜炎	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
伝染性紅斑	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
手足口病	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
溶連菌感染症	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
ヘルパンギーナ	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
マイコプラズマ肺炎	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
RSウイルス	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
帯状疱疹	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
気管支炎	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
中耳炎	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
その他 ()	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月
その他 ()	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月