

生育状況調査票

児童の教育・保育を行うにあたり、特別な配慮が必要とされる際は、教育・保育施設へ情報を提供することに同意します。

保護者氏名		住所	
ふりがな		生年月日	平成 年 月 日
児童氏名			

【該当する項目へチェックし、内容の記載をしてください。】

1. アレルギー等の有無

☐ アレルギーがありますか？ → 【 有 ・ 無 】

有の場合、症状

有の場合、制限する食品等がありますか → 【 有 ・ 無 】

有の場合、医師の指示を受けていますか → 【 有 ・ 無 】

※保育施設等の利用が決定し、除去を必要とする食品等がある場合は診断書の提出が必要です。

☐ 服薬 → 【 有 ・ 無 】

有の場合、薬の種類、頻度等

☐ その他、体質等で配慮してほしいこと

2. 既往歴

☐ 水ぼうそう ☐ おたふくかぜ ☐ 風しん ☐ 麻疹 ☐ 百日せき
☐ 中耳炎 ☐ ヘルニア ☐ 心臓病 ☐ ぜんそく ☐ ひきつけ（ 歳頃から）

3. 特記事項

☐ 今までにかかった重い病気、けがなどがありますか。（ ある ・ ない ）

病名等： 医療機関名等： （ 年 月頃）

☐ 現在、病気や発達等で相談している病院等がありますか。（ ある ・ ない ）

病名等： 医療機関名等： （ 年 月頃）

☐ その他、健康・発達・集団保育について気になることがありましたら、ご記入ください。

裏面も記入下さい

4. 予防接種状況（実施の有無を該当する欄にチェックしてください。）

記入日 年 月 日

種類		回数		実施	未実施	標準的な接種	対象年齢（無料）
4種混合 (DPT/IPV)	初回	1回	☐	☐	初回：生後3ヶ月～1歳までに 20日～56日間隔で3回 追加：初回(3回)終了後1年～1年半までに1回	生後3ヶ月～7歳半 (7歳半になる前日まで)	
		2回	☐	☐			
		3回	☐	☐			
	追加	1回	☐	☐			
MR（麻しん・風しん）				☐	☐	1歳～2歳になる前日まで	
BCG（結核）				☐	☐	生後5ヶ月～1歳になる前日まで	
日本 脳 炎	1期	1回	☐	☐	3歳児に6日～28日間隔で2回 2回目終了後おおむね1年後に1回	生後6ヶ月～7歳半 (7歳半になる前日まで)	
		2回	☐	☐			
		追加	☐	☐			
細菌性髄膜炎などの病気	ヒブ	初回	1回	☐	☐	初回：生後2ヶ月～7ヶ月までに接種を開始27日～56日間隔で3回 追加：初回終了後7ヶ月～13ヶ月後に1回	生後2ヶ月～5歳の誕生日前日まで
			2回	☐	☐		
			3回	☐	☐		
		追加	1回	☐	☐		
	肺炎球菌 小児用	初回	1回	☐	☐	初回：生後2ヶ月～7ヶ月までに接種を開始生後12ヶ月までに27日～56日間隔で3回 追加：生後12ヶ月に至った日以降に行う	
			2回	☐	☐		
			3回	☐	☐		
		追加	1回	☐	☐		
B型肝炎		1回	☐	☐	生後2ヶ月～9ヶ月の前日まで	0ヶ月～1歳の誕生日前日まで	
		2回	☐	☐	1回目から27日以上空ける		
		3回	☐	☐	1回目から139日以上空ける		
水痘（水ぼうそう）		1回	☐	☐	1歳～1歳3ヶ月までに	1歳～3歳の誕生日前日まで	
		2回	☐	☐	1回目から6～12ヵ月後		

○その他

3種混合 (DPT)	初回	1回	☐	☐	初回：生後3ヶ月～1歳までに 20日～56日間隔で3回 追加：初回(3回)終了後1年～1年半までに1回	生後3ヶ月～7歳半 (7歳半になる前日まで) ※4種混合DPT/IPVに移行していないお子さん
		2回	☐	☐		
		3回	☐	☐		
	追加	1回	☐	☐		
不活化ポリオ (IPV)	初回	1回	☐	☐		
		2回	☐	☐		
		3回	☐	☐		
	追加	1回	☐	☐		

○その他実施したものがあれば下記に記入ください。