**予防接種歴・罹患歴調査票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 記入日 | | ２０　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  | | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　名 |  | | 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日  （　　　歳） |

この調査は、厚生労働省の「保育所における感染症対策ガイドライン」に基づき、実施するものです。

以下の各疾病の予防接種歴、罹患歴について、それぞれ該当する選択肢（３つのうち１つ）にチェック☑を入れて、最後に署名してください。

なお、回答内容によっては、受入施設から実技講習の受講について承諾が得られないことがありますので、御了承ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 疾病名 | 予防接種歴 | 罹患歴 |
|
| 麻しん（はしか） | 接種済  未接種  記録なし（不明） | 罹患  未罹患  不明 |
| 風しん | 接種済  未接種  記録なし（不明） | 罹患  未罹患  不明 |
| 水痘（水ぼうそう） | 接種済  未接種  記録なし（不明） | 罹患  未罹患  不明 |
| おたふくかぜ | 接種済  未接種  記録なし（不明） | 罹患  未罹患  不明 |
| B型肝炎 | 接種済  未接種  記録なし（不明） | 罹患  未罹患  不明 |
| ジフテリア、百日咳、破傷風  （三種混合ワクチン） | 接種済  未接種  記録なし（不明） | 罹患  未罹患  不明 |
| インフルエンザ  ※実技講習する年度中の流行前 | 接種済  未接種  記録なし（不明） | 罹患  未罹患  不明 |

注　記入にあたっては、母子健康手帳の予防接種の記録欄、予防接種済証、カルテの写し、居住地のある市区町村が保管している予防接種記録等の記録を御確認ください。

私は、以上の質問について、正しく答えました。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（署名）