



# 転入者【予防接種】アンケート

フリガナ

お子さんの氏名：

(第 子)

フリガナ

保護者名：

生年月日： 年 月 日

現年齢： 歳 か月

性別： 男 ・ 女

新住所：本業市

TEL：

前住所 都・道・府・県

市・区・町・村 から 本業市へ転入した日 年 月 日

記入年月日： 年 月 日

記入者： 父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ その他 ( )

◎今までに受けた予防接種について、母子健康手帳や接種済証にてご確認の上、ご記入ください。

職員記入欄

| 定期の予防接種の種類                                                                                 | 実 施 年 月 日    |              |                                          |                    |                                            | 職員記入欄                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ロタウイルス<br><small>R2.10月より定期接種</small><br><small>(下のいずれかを○で囲む)</small><br>・ロタテック<br>・ロタリックス | 1回目<br>年 月 日 | 2回目<br>年 月 日 | 3回目<br><small>(ロタテックのみ)</small><br>年 月 日 |                    |                                            | 発行済□、<br>受渡□を入れ( )内に○<br><input type="checkbox"/> (1・2・3) |
| B型肝炎                                                                                       | 1回目<br>年 月 日 | 2回目<br>年 月 日 | 3回目<br>年 月 日                             |                    |                                            | <input type="checkbox"/> (1・2・3)                          |
| 小児肺炎球菌<br><small>(右のいずれかを○で囲む)</small><br>・13価<br>・15価 R6.4月～定期接種                          | 1回目<br>年 月 日 | 2回目<br>年 月 日 | 3回目<br>年 月 日                             | 追 加<br>年 月 日       |                                            | <input type="checkbox"/> (1・2・3・追)                        |
| H i b感染症                                                                                   | 1回目<br>年 月 日 | 2回目<br>年 月 日 | 3回目<br>年 月 日                             | 追 加<br>年 月 日       |                                            | <input type="checkbox"/> (1・2・3・追)                        |
| 4種混合 (百日せき・破傷風・ジフテリア・ポリオ) H24.11月より定期接種                                                    | 1回目<br>年 月 日 | 2回目<br>年 月 日 | 3回目<br>年 月 日                             | 追 加<br>年 月 日       | 2期 (DT)<br><small>(11歳から)</small><br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> (1・2・3・追・2期)                     |
| 3種混合 (百日せき・破傷風・ジフテリア (または二種混合))                                                            | 1回目<br>年 月 日 | 2回目<br>年 月 日 | 3回目<br>年 月 日                             | 追 加<br>年 月 日       | 2期 (DT)<br><small>(11歳から)</small><br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> (1・2・3・追・2期)                     |
| ポリオ                                                                                        | 1回目<br>年 月 日 | 2回目<br>年 月 日 | 3回目<br>年 月 日                             | 追 加<br>年 月 日       |                                            | <input type="checkbox"/> (1・2・3・追)                        |
| 5種混合 (百日せき・破傷風・ジフテリア・ポリオ・H i b)<br>R6.4月より定期接種                                             | 1回目<br>年 月 日 | 2回目<br>年 月 日 | 3回目<br>年 月 日                             | 追 加<br>年 月 日       | 2期 (DT)<br><small>(11歳から)</small><br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> (1・2・3・追・2期)                     |
| BCG                                                                                        | 年 月 日        |              |                                          |                    |                                            | <input type="checkbox"/>                                  |
| 麻しん風しん混合 (MR)                                                                              | 第1期<br>年 月 日 | 第2期<br>年 月 日 |                                          |                    |                                            | <input type="checkbox"/> (1・2)                            |
| 麻しん (はしか)                                                                                  | 第1期<br>年 月 日 | 第2期<br>年 月 日 | 麻しんにかかったことが<br>( ない ・ ある 年 月 日頃 )        |                    |                                            | <input type="checkbox"/> (1・2)                            |
| 風しん (三日はしか)                                                                                | 第1期<br>年 月 日 | 第2期<br>年 月 日 | 風しんにかかったことが<br>( ない ・ ある 年 月 日頃 )        |                    |                                            | <input type="checkbox"/> (1・2)                            |
| 水痘                                                                                         | 1回目<br>年 月 日 | 2回目<br>年 月 日 | 水痘にかかったことが<br>( ない ・ ある 年 月 日頃 )         |                    |                                            | <input type="checkbox"/> (1・2)                            |
| 日本脳炎                                                                                       | 1回目<br>年 月 日 | 2回目<br>年 月 日 | 追 加<br>年 月 日                             | 2期 (9歳から)<br>年 月 日 |                                            | <input type="checkbox"/> (1・2・追・2期)                       |
| ヒトパピローマウイルス<br>※女子のみ<br><small>(右のいずれかを○で囲む)</small><br>・サーバリックス<br>・ガーダシル<br>・シルガード       | 1回目<br>年 月 日 | 2回目<br>年 月 日 | 3回目<br>年 月 日                             |                    |                                            | <input type="checkbox"/> (1・2・3)                          |

◎今までに受けた上記の予防接種の中に海外で接種したものはありますか？

いいえ ・ はい (下記へ)

(どこの国で：

、どの予防接種を※：

)

※多い場合は海外で接種した予防接種に○をして下さい。

【職員記入欄】※ □を入れる。

□ 窓口・〒 ( 年 月 日 対応者： )

□ 内容確認済 ( 年 月 日 担当者： ) □ システム入力 ( 年 月 日 担当者： )