

第5号様式（第8条関係）

中井町病児保育事業既往歴調書

記入日	年 月 日
記入者氏名 (保護者)	
児童氏名	

既往歴（今までにかかった病気の番号及び該当項目に「○」をつけてください。）	
1 突発性発疹	11 熱性けいれん 初回 歳 最後は 歳 これまでに 回 けいれん時の対応方法 〔 〕
2 麻疹（はしか）	
3 水痘（みずぼうそう）	
4 風疹（三日ばしか）	
5 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	12 食物アレルギー 〔 〕
6 百日咳	
7 喘息・喘息様気管支炎 (毎日薬を飲んで いる・いない・発作時だけ) (毎日吸入療法をして いる・いない・発作時だけ)	
8 アトピー性皮膚炎 (治療薬は、内服薬・外用薬・食事療法)	13 その他 〔 〕
9 川崎病（心臓合併症 あり ・ なし ）	
10 B型肝炎（キャリアー・キャリアーでない）	

予防接種の状況（これまでに受けたものの番号に「○」をつけ、接種回数又は接種年月日を記入してください。）				
1 Hib	接種 回	8 MR (麻疹風疹混合)	1期	年 月 日
2 肺炎球菌	接種 回		2期	年 月 日
3 ロタウイルス	接種 回	9 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	1回目	年 月 日
4 B型肝炎	接種 回		2回目	年 月 日
5 三種混合・四種混合 (該当ワクチンに○をつけて ください。)	接種 回	10 水痘	1回目	年 月 日
			2回目	年 月 日
6 ポリオ	生ワクチン	接種 回	11 日本脳炎 接種 回	
	不活化ワクチン	接種 回	12 インフルエンザ 年 月 日 (直近の接種日)	
7 BCG	年 月 日	13 その他		

※今後、既往歴及び予防接種の状況に変更がございましたら、その都度施設にお知らせください。

