

# 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    麻しん    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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	初回：生後3ヶ月～1歳までに 20日～56日間隔で3回	生後3ヶ月～7歳半 (7歳半になる前日まで)	
		2回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		3回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	追加	1回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	追加：初回(3回)終了後1年～1年半までに1回		
MR（麻しん・風しん）			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1歳～2歳になる前日まで		
BCG（結核）			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	生後5ヶ月～1歳になる前日まで		
日本 脳 炎	1期	1回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3歳児に6日～28日間隔で2回	生後6ヶ月～7歳半 (7歳半になる前日まで)	
		2回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		追加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2回目終了後おおむね1年後に1回		
細菌性 髄膜炎 などの 病気	ヒ ブ	初回	1回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			3回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		追加	1回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	肺炎 球菌 小 児用	初回	1回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			3回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		追加	1回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B型肝炎		1回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1回目から27日以上空ける		
		3回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1回目から139日以上空ける		
水痘（水ぼうそう）		1回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1歳～1歳3ヶ月までに	1歳～3歳の誕生日 前日まで	
		2回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1回目から6～12ヵ月後		

○その他

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

○その他実施したものがあれば下記に記入ください。

-----

-----