

様式第1号

## 延岡共立病院・病児・病後児保育事業台帳

年 月 日

◎既 応 症 (これまでにかかった病気すべてに○を付けてください。)	
1 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	2 風しん (三日ばしか)
3 麻しん (はしか)	4 手足口病
5 水ぼうそう	6 咽頭結膜炎プール熱
7 アトピー性皮膚炎	8 喘息
9 食物アレルギー ( )	10 感染性紅はんリンゴ病
11 ヘルパンギーナ (夏かぜ)	12 熱性けいれん
13 川崎病	14 溶連菌感染
15 結核	16 突発性発疹
17 百日咳	18 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎 他)
19 その他 ( )	

◎予 防 接 種 (これまでに受けたものの番号と右の欄の当てはまるものに○を付けてください。)					
1	ヒブワクチン	1回目	2回目	3回目	追加
2	小児用肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加
3	BCG	済	未		
4	DPT・IPV 4 種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	1回目	2回目	3回目	追加
5	DTP 3 種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)	1回目	2回目	3回目	追加
6	不活化ポリオ	1回目	2回目	3回目	追加
7	MR 2 種混合 (麻しん・風しん)	1期	2期		
8	日本脳炎	1回目	2回目	3回目	
9	インフルエンザ	1回目	2回目		
10	その他 ( )				

※DPT・IPV 4 種混合は、原則PDTとポリオの両ワクチンを一度も接種してない人が対象です。