

延岡共立病院・病児・病後児保育事業台帳

年 月 日

H

児童氏名 生年月日 R 年 月 日 通所園

私は、施設利用料補助に係る補助金の交付申請及び請求並びにその受領に関する
権限を当施設へ委任することに同意します。

◎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 麻疹 (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 (これまでを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	DPT 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 (麻疹・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DPTとポリオの両ワクチンを一度も接種していない人が対象です。