

平成30年度

保育所入所希望の保護者の方へ

住 所: 宜野座村字

幼児名: _____ 生年月日: 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日



保育所は集団生活の場なので、一人でも病気（感染症）にかかるとたちまち集団感染になるのが特徴です。

子どもが病気にかかれば保育所に預けることができなくなります。

また、予防接種を受けられない小さな子ども達を守るためにも、必ず予防接種を受けましょう。

* 出生後に宜野座村へ転入された方は、予防接種の日付確認のため母子手帳のコピーも提出お願いします。



お子さんが、次の予防接種を受けたかどうかについて教えてください。

対象	感染症名	予防接種名	予防接種(○をつけてください)
2 カ 月 か ら	髄膜炎 敗血症 肺 炎 など	ヒブ	未 1回 2回 3回 4回 かった 初回接種年齢(歳 ヶ月)
		小児肺炎球菌	未 1回 2回 3回 4回 かった 初回接種年齢(歳 ヶ月)
3 カ 月 か ら	結核	BCG	未 済
	小児マヒ	ポリオ(生:飲むワクチン)	未 1回 2回
		〃 (不活化:注射)	未 1回 2回 3回 4回
	ジフテリア 百日咳 破傷風	DPT(1期初回)	未 1回 2回 3回
		〃 (1期追加)	未 済
	* DPT-IPV(4種混合)	未 1回 2回 3回 4回	
1 歳 か ら	はしか 三日はしか	MR(1期)	未 済 かった(はしか 三日はしか)
	水ぼうそう	水痘	未 済 かった(歳)
	おたふくかぜ	流行性耳下腺炎	未 済 かった(歳)
3歳 か ら	日本脳炎	日本脳炎(1期初回)	未 1回 2回
		〃 (1期追加)	未 済

* DPT-IPV・・・DPTと不活化ポリオの4種混合ワクチン