

# 母子保健調査票



窓口にくられた方【父・母・本児・その他（ ）】

住み始めた日 Day applicant moved to Uji	年 月 日 Year/Month/Day	記入日 Date of Filling out	年 月 日 Year/Month/Day
転入届出日 Date of Notification	年 月 日 Year/Month/Day	記入者名 Name	続柄 Relationship ( )

▼就学前のお子さんについて、ご記入ください。

お子さんの氏名 Name of Child	ふりがな  (男・女) Male/Female	生年月日 (年齢) Date of Birth (Current age)	年 月 日生 Year/Month/Day (現在 歳 か月)
住所 Address	〒611- 宇治市  (Tel) ( ) —		
最後に受けた乳幼児健診結果についてご記入ください。(※母子健康手帳のコピーを添付して下さい) ( ) 健診 受診日 年 月 日 ( 市・区・町・村にて) ・・・異常なし・経過観察 ( ) ・その他 ( ) * 健診結果について、必要があれば前住所の市町村に問い合わせしてよろしいですか…はい・いいえ			
お子さんのことでご相談したいことがあれば、記入をしてください。地域の担当の保健師よりご連絡致します。			

▼今までに接種した予防接種を下記にご記入ください。(※予防接種履歴は母子健康手帳のコピー添付でも可)

\* 予防接種履歴について、必要があれば前住所の市町村に問い合わせしてよろしいですか…はい・いいえ

Vaccination Record

予防接種名 Type of Vaccine	接種年月日 Vaccination Date Year/Month/Day	接種市町村 医療機関名 Location	予防接種名 Type of Vaccine	接種年月日 Vaccination Date Year/Month/Day	接種市町村 医療機関名 Location
ヒブ (Hib) Haemophilus influenzae type b	1回		4種混合 (DPT-IPV) Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Polio	1回	
	2回			2回	
	3回			3回	
	追加			追加	
小児用肺炎球菌 Pediatric pneumococcal	1回		麻しん風しん混合 (MR) Measles,Rubella	第1期	
	2回			第2期	
	3回		水痘 (水ぼうそう) Varicella	1回	
	追加			2回	
B型肝炎 Hepatitis B	1回		日本脳炎 Japanese Encephalitis	1回	
	2回			2回	
	3回			追加	
ロタウイルス Rotavirus ※ワクチンの種類を 選んでください	1回	※ 〇タリックス ・ 〇タテック	その他 Other		
	2回	※ 〇タリックス ・ 〇タテック			
	3回	〇タテック			
BCG					