

保健調査票



5070401 版

窓口にこられた方【父・母・本児・その他（ ）】

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

最後に受けた下記の乳幼児健診結果をご記入ください。 ※母子(親子)健康手帳のコピーを添付してください。

【健診種別】 (3~4 か月児 ・ 1 歳 6~8 か月 ・ 3 歳) 健診

【受診日】 年 月 日 (市・区・町・村にて)

【結果】 異常なし ・ 既医療 ・ 経過観察 () ・ 要紹介 ()

* 健診結果および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下さい。(はい ・ いいえ)

お子さんのことを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(親子)健康手帳のコピー添付でも可)
Please fill out your child's Vaccination Record.(※You could also attach the copy of the 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	
定期接種	ヒブ (Hib) Haemophilus influenzae type b	1 回		定期接種	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 ※ワクチンの種類を 選んでください	1 回	※ プレバナー ・ バクニパス		5 種混合 (DPT-IPV-Hib) Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Polio,Hib	1 回		
		2 回	※ プレバナー ・ バクニパス			2 回		
		3 回	※ プレバナー ・ バクニパス			3 回		
		追加	※ プレバナー ・ バクニパス			追加		
	B 型肝炎 Hepatitis B	1 回			BCG			
		2 回			麻しん風しん混合 (MR) Measles,Rubella	第1 期		
		3 回				第2 期		
	ロタウイルス Rotavirus ※ワクチンの種類を 選んでください	1 回	※ ムリックス ・ ムテック		水痘 (水ぼうそう) Varicella	1 回		
		2 回	※ ムリックス ・ ムテック			2 回		
		3 回	※ ムリックス ・ ムテック		日本脳炎 Japanese Encephalitis	1 回		
			追加			追加		
					その他 Other	おたふくかぜ	1 回	

この情報は、母子保健事業以外の目的には使用しません。

担当処理記入欄：〒 / 地区担当