

「母子健康手帳のコピーについて」

コピーが必要なページ

●「出生届出済証明」のページ
※ほとんどの場合1ページ目にあります

●「予防接種の記録」の全ページ(かかった病気の欄に記載があれば該当のページ)
※接種していないことを確認するため、空白のページもコピーしてください。
※付箋等が貼っている場合ははがし、記載内容が全て確認できる状態でコピーしてください。
※接種記録等をのり付けしているページはのり付けがある状態と、めくった状態でそれぞれコピーしてください。
※手帳の発行時期によって掲載箇所が異なりますのでコピーするページがわからない場合はお問い合わせください。

参考例①

この欄は手帳を受け取ったらずくに自分で記入してください

続柄	氏名	生年月日(年齢)	職業
母(妊婦)		年月日(歳)	
父		年月日(歳)	
保		年月日(歳)	

出生届出済証明

子の氏名 _____ 男・女

出生の場所 _____ 市区町村

出生の年月日 _____ 年 月 日

上記の者については出生の届出があったことを証明する。

市区町村長 _____

●赤ちゃんが生まれたら14日以内に出産届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を付けてください。

「出生届出済証明」のページ

予防接種の記録(1) Immunization Record

感染症から子ども(自分の子どもはもちろん、周りの子どもたちも)を守るために、予防接種は非常に効果の高い手段の一つです。子どもたちの健康を守るために予防接種の効果と副反応をよく理解し、子どもに予防接種を受けさせましょう。

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D(西暦)	メーカー又は製薬会社 Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
インフルエンザ Haemophilus influenzae type b	1期			
	2期			
	3期			
小児肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1期			
	2期			
	3期			
B型肝炎 Viral Hepatitis type B	1期			
	2期			
	3期			
ロタウイルス Rotavirus	1期			
	2期			
	3期			

予防接種の記録(2)

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ
Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio

時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D(西暦)	メーカー又は製薬会社 Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
1期					
2期					
3期					

BCG

接種年月日 Y/M/D(西暦)	メーカー又は製薬会社 Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備考 Remarks

ワクチンの種類
Vaccine

接種年月日 Y/M/D(西暦)	メーカー又は製薬会社 Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備考 Remarks

麻疹(はしか)
Measles 第1期

風しん
Rubella 第2期

水痘
Varicella 1期

2期

「予防接種の記録」のページ

予防接種の記録(3) 日本脳炎 Japanese Encephalitis

時期	接種年月日 Y/M/D(西暦)	メーカー又は製薬会社 Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
第1期前記				
第1期追加				
第2期				

ワクチンの種類
Vaccine

接種年月日 Y/M/D(西暦)	メーカー又は製薬会社 Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備考 Remarks

ヒトパピローマウイルス(HPV)
Human Papillomavirus

●薬剤や食品などのアレルギー記入欄

予防接種の記録(4)

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D(西暦)	メーカー又は製薬会社 Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
おたふくぜき Mumps				
インフルエンザ Influenza				

「予防接種の記録」のページ

予防接種の記録(5) その他の予防接種

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D(西暦)	メーカー又は製薬会社 Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備考 Remarks

このページは保護者 yourself で記入してください。

今までにかかった主な病気

水痘(はげろそび)や風しんなどの感染症、A型肝炎や梅毒などのウイルス性疾患、発熱などの外傷、心臓病など大きな病気にかかった場合にきちんと記録しておきましょう。

病名	年月日(年齢)	備考(症状、治療、手術の状況など)

「予防接種の記録」のページ

