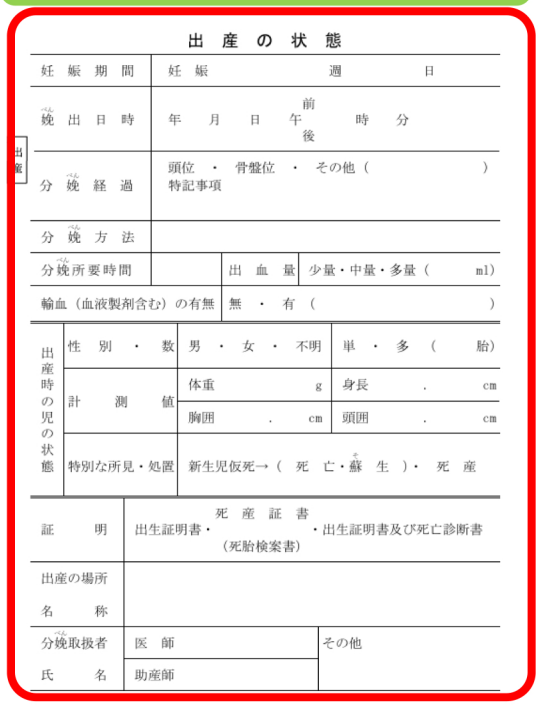
母子健康手帳の撮影してほしいページ
①「表紙」②「出産の状態」③「予防接種の記録」④「今までにかかった主な病気」
※ページの内容は見本になりますので多少違いがあります

①「表紙」1枚

②「出産の状態」1枚

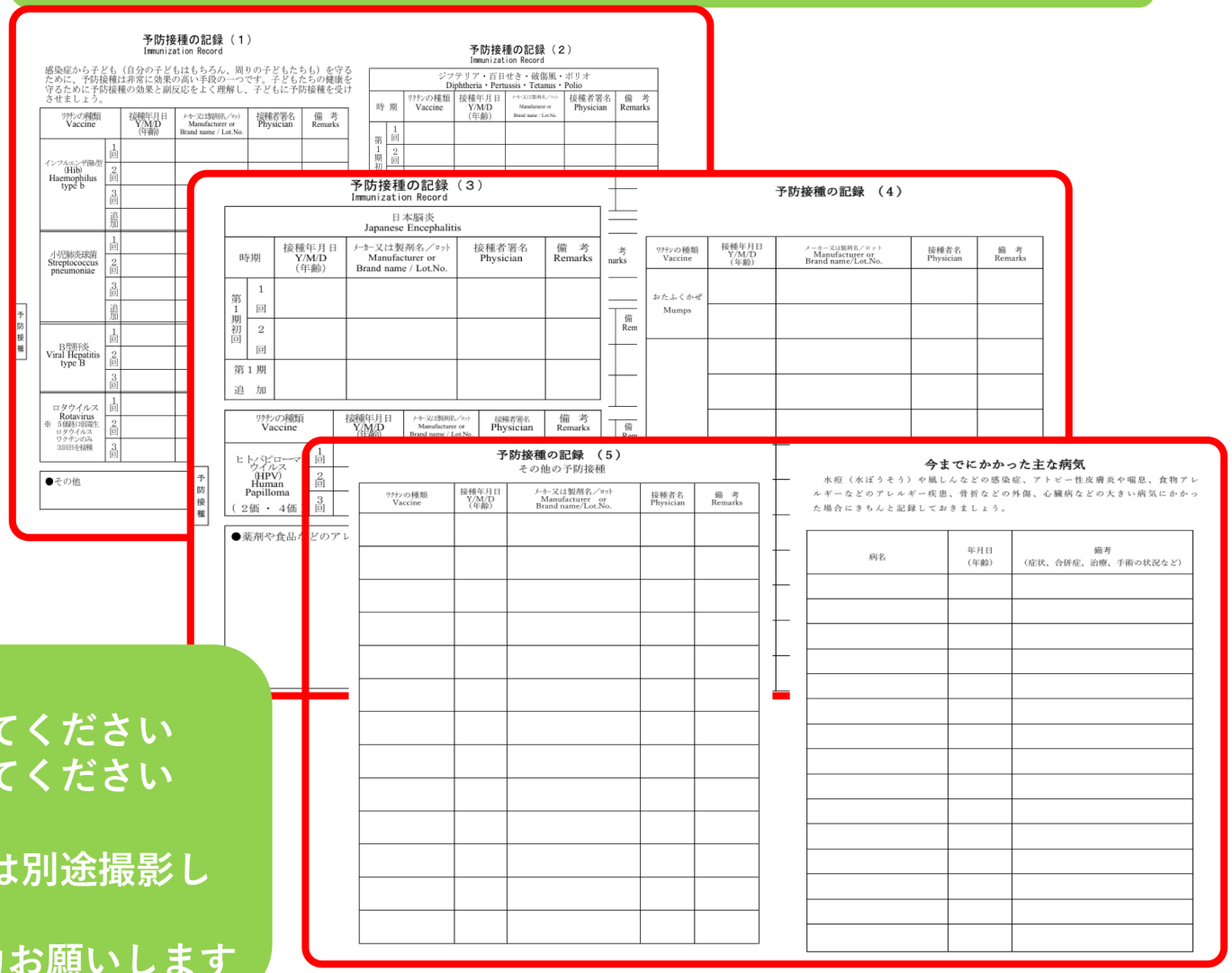


出産

出　産　の　状　態

妊娠期間	妊娠　週　日		
娩出日時	年　月　日　午前/午後　時　分		
分娩経過	頭位・骨盤位・その他（　） 特記事項		
分娩方法			
分娩所要時間		出血量	少量・中量・多量（　ml）
輸血（血液製剤含む）の有無	無・有（　）		
出産時の児の状態	性別・数	男・女・不明	単・多（　胎）
	計測値	体重　g	身長　.　cm
		胸囲　.　cm	頭囲　.　cm
	特別な所見・処置	新生児仮死→（死亡・蘇生）・死産	
証明	死産証書 出生証明書・出生証明書及び死亡診断書 （死胎検案書）		
出産の場所 名称			
分娩取扱者 氏名	医師 助産師	その他	

③「予防接種の記録」と④「今までにかかった主な病気」は見開きで3枚撮影してください



予防接種

予防接種の記録（1）
Immunization Record

感染症から子ども（自分の子どももはもちろん、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（年齢）	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name / Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
インフルエンザ菌b型 (Hib) Haemophilus type b	1回				
	2回				
	3回				
	追加				
小児肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1回				
	2回				
	3回				
	追加				
B型肝炎 Viral Hepatitis type B	1回				
	2回				
	3回				
ロタウイルス Rotavirus ※5種経口弱毒性ロタウイルスワクチンのみ3回目を接種	1回				
	2回				
	3回				

●その他

予防接種の記録（2）
Immunization Record

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（年齢）	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name / Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期初回	1回					
	2回					

予防接種の記録（3）
Immunization Record

日本脳炎 Japanese Encephalitis					
時期		接種年月日 Y/M/D（年齢）	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name / Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期初回	1回				
	2回				
第1期追加					

ワクチンの種類 Vaccine		接種年月日 Y/M/D（年齢）	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name / Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
ヒトパピローマウイルス (HPV) Human Papilloma（2価・4価）	1回				
	2回				
	3回				

●薬剤や食品などのアレ

予防接種の記録（4）

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D（年齢）	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
おたふくかぜ Mumps				

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（年齢）	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks

今までにかかった主な病気

水痘（水ぼうそう）や風しんなどの感染症、アトピー性皮膚炎や喘息、食物アレルギーなどのアレルギー疾患、骨折などの外傷、心臓病などの大きい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、合併症、治療、手術の状況など）

おねがい
・表紙の氏名、生年月日が記入してあるか確認してください
・ふせんなどで文字が隠れていたら外して撮影してください
・撮影したら文字が読めるか確認してください
・「予防接種の記録」以外の記録用紙がある場合は別途撮影してください

お手数ですがご協力お願いします