

にほんご
やさしい日本語

よしんひょう わくちん う しよるい ほうほう
予診票(ワクチンを打つための書類)をもらう方法について

う わくちん きろく おく
受けたことのあるワクチンの記録を送ってください。

(Please send us a record of the vaccines you have received.)

しんがたころ なう いる すわくちん きろく
※新型コロナウイルスワクチンの記録は、いりません。

てんにゅう まえ しちょうそん よしんひょう つか
※転入する前の市町村の予診票は、使えません。

ちか ほけんせんたー も ほうほう
【近くの保健センターへ持っていく方法】

(How to submit to nearby health center)
も もの ぼ しけんこうてちょう わくちん せっしゅきろく
持ち物:母子健康手帳(ワクチンの接種記録)

Belongings: Vaccination record

ほけんせんたー あんない
保健センターの案内

うけつけ げつ きんようび でんわ
受付:月~金曜日 電話 8:30~17:15

まどぐち れいわ ねん がつ にち へんこう
窓口 8:45~17:00 (令和7年8月1日から変更 9:00~16:30)

けんこうすいしんか けんこうかんりせんたー
○健康推進課(健康管理センター)

じゅうしょ さくらしえばらだい
住所:佐倉市江原台2-27

でんわ
電話:043-312-7688



せいぶほけんせんたー
○西部保健センター

じゅうしょ さくらしなかしづ
住所:佐倉市中志津2-32-4

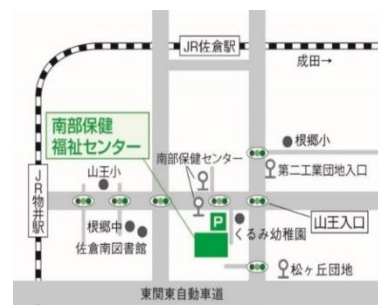
でんわ
電話:043-463-4181



なんぶほけんせんたー
○南部保健センター

じゅうしょ さくらしおおしのづか
住所:佐倉市大篠塚1587

でんわ
電話:043-483-2812



おく ほうほう

【送る方法】

(How to submit)

きろく しゃしん がぞう めーる おく ほうほう

記録の写真(画像)をEメールで送る方法

(How to send a photo (image) of the record by e-mail)

そうしんさき

●送信先

kenkousuishin@city.sakura.lg.jp

おく ないよう しりよう

●送る内容と資料

けんめい

①件名

よ しんひょう

予診票 (Pre-Vaccination Screening Questionnaire)

ないよう

②内容

わ く ち ん う ひ と な ま え
・ワクチンを受ける人の名前 (Name of the person receiving the vaccine)

じゅうしょ

・住所 (address)

せいねんがっぴ

・生年月日 (Date of birth)

しんせい

ひと

な

ま

え

・申請する人の名前 (Name of the person applying)

でんわばんごう

・電話番号 (telephone number)

しりよう

せつしゅきろく

しゃしん

ないよう

おく

③資料ワクチンの接種記録を写真にとって、内容といっしょに送る。

(Take a photo of the vaccination record and send it along with the contents of the text)

な

ま

え

・名前がわかるページ (A page with a name)

CONTENTS	
目次	
Child's Parents or Guardians & Certificate of Birth Registration	1
Pregnancy Health Reference	2
Woman's Occupation and Home Situation	3
Relevant Personal Data	4-7
Course of Pregnancy	8
Record of Checkups	10
Parenting Class Record	12
Dentist's Report on Mother's Teeth During Pregnancy and After Childbirth	13
Record of Delivery	14
Mother's Postpartum Condition	15
Development of the Newborn	16
Record of Checkups	17
Record of Confirmation—Stool Color	19
Year Baby's Development & Health Checkup for Your Baby (From around 1 month old to 6 years old)	18-41
Physical Growth of Infants and Children	42-47
Height and Weight of Children	48-49
Immunization Record	50-54
Sample Immunizations Schedule	55
Record of Childhood Illnesses	56
Dental Checkups, Guidance and Preventive Care	57
Growth chart	58
Concerning Fetal Growth (Fetal Growth Curve)	60
Frequently Used Numbers	62
Japanese and English Medical Expression List	63

Please fill in the top portion of this page when you receive this handbook. この冊は手帳を受け取ったらずすでに書き込んで記入してください。			
Relationship 関係	Name 氏名	Date of Birth (Current age) 生年月日 (年齢)	Occupation 職業
Mother (Pregnant woman) 母 (妊婦)		Year/Month/Day (____ years old) 年 月 日 (歳)	
Father 父		Year/Month/Day (____ years old) 年 月 日 (歳)	
		Year/Month/Day (____ years old) 年 月 日 (歳)	

Child's Parents or Guardians 子どもの保護者			
Present Address 現在地			
Tel. No. 電話		Tel. No. 電話	
Tel. No. 電話		Tel. No. 電話	
Tel. No. 電話		Tel. No. 電話	

Certificate of Birth Registration 出生届出済証明			
Name of Child 子の氏名	Sex 性別	Male / Female 男 / 女	
Place of Birth 出生の場所	Prefecture 都道府県	City/Town/Village 市町村	
Date of Birth 出生の年月日	Year 年	Month 月	Day 日

I hereby certify that the birth of the above-named child was officially registered on _____ (Year) _____ (Month) _____ (Day).
上記の書について、年 月 日、出生を届け出たことを証明する。

Official Seal of the Mayor
市長の印

*You must register the birth of your child within 14 days of the birth to obtain the Certificate of Birth Registration.
*赤ちゃんが生まれたときは14日以内に出生届を出して、同時に上記に出生届出済の証明を受けてください。

・ワクチンの記録のページすべて (All pages of vaccine records)

Immunization Record (1) 予防接種の記録 (1)				
Immunizations are a highly effective means of protecting children (including your own child) from contagious illnesses. Please learn about the effects and side effects of immunizations and have your child receive them to keep him/her healthy. 感染症ワクチン接種は、子どもたちの命を守るために、予防接種は非常に効果的な手段です。予防接種の効果と副作用について学び、子どもに予防接種を受けさせましょう。				
Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date Y/M/D 接種年月日 (年齢)	Manufacturer/Lot No. メーカー/ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考
Hemophilus influenzae type b (Hib) インフルエンザ菌b型 (Hib)	1st 1回目			
	2nd 2回目			
	3rd 3回目			
	Booster 追加接種			
Streptococcus pneumoniae 小児肺炎 球菌肺炎	1st 1回目			
	2nd 2回目			
	3rd 3回目			
	Booster 追加接種			
Hepatitis B B型肝炎	1st 1回目			
	2nd 2回目			
	3rd 3回目			
Other notes ● その他				

Immunization Record (2) 予防接種の記録 (2)					
Diphtheria, Pertussis, Tetanus, and Polio ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ					
Time 時期	Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date Y/M/D 接種年月日 (年齢)	Manufacturer/Lot No. メーカー/ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考
1st term 第1期接種		1st 1回目			
		2nd 2回目			
		3rd 3回目			
		1st term booster 第1期追加接種			
BCG BCG					
Immunization Date Y/M/D Y/M/D 接種年月日 (年齢)	Manufacturer/Lot No. メーカー/ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考		
Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date Y/M/D 接種年月日 (年齢)	Manufacturer/Lot No. メーカー/ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考	
Measles 麻疹 M.S.A. (はしか)	1st term 第1期接種				
	2nd term 第2期接種				
Rubella 風疹					
Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date Y/M/D 接種年月日 (年齢)	Manufacturer/Lot No. メーカー/ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考	
Varicella 水痘	1st 1回目				
	2nd 2回目				

Japanese Encephalitis 日本脳炎				
Time 時期	Immunization Date (Age) 接種年月日 (年齢)	Manufacturer/Lot No. メーカー/ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考
1st term 第1期(2歳)	1st 1歳			
	2nd 2歳			
1st term booster 第1期追加				

Japanese Encephalitis 日本脳炎				
Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date (Age) 接種年月日 (年齢)	Manufacturer/Lot No. メーカー/ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考
Human papilloma virus (HPV 2V) ヒトパピローウイルス (2価) (2歳 - 4歳)	1st 1歳			
	2nd 2歳			
	3rd 3歳			

Record any allergies to drugs, foods, or other substances here:
 ●薬剤や食品などのアレルギー記入欄

Immunization Record (4) 予防接種の記録 (4)				
Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date (Age) 接種年月日 (年齢)	Manufacturer/Lot No. メーカー/ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考
Diphtheria/Tetanus ジフテリア/破傷風	1st term 第1期			
	2nd term 第2期			
Japanese Encephalitis 日本脳炎	1st term 第1期			
	2nd term 第2期			
Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date (Age) 接種年月日 (年齢)	Manufacturer/Lot No. メーカー/ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考
Rotavirus Rotavirus vaccine administered in two doses according to the manufacturer's instructions. Rotavirus administered in three doses according to the manufacturer's instructions. 1歳未満は2回 1歳以降は3回 7歳以降は3回	1st 1歳			
	2nd 2歳			
	3rd 3歳			
Measles おたふくかぜ				
Influenza インフルエンザ				

[illegible]