

やさしい日本語

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

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.)

※新型コロナウイルスワクチンの記録は、ありません。

※転入する前の市町村の予診票は、使えません。

【送る方法 (How to submit)】

1、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)

●送信先

boshihoken@city.sakura.lg.jp

●送る内容と資料

①件名

予診票 (Pre-Vaccination Screening Questionnaire)

②内容

- ・ワクチンを受ける人の名前 (Name of the person receiving the vaccine)
- ・住所 (address)
- ・生年月日 (Date of birth)
- ・申請する人の名前 (Name of the person applying)
- ・電話番号 (telephone number)

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)

・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
 保護者・出生届出済証明 1

Pregnancy Health Reference 2
 妊娠の健康状態 2

Woman's Occupation and Home Situation 3
 妊婦の職業と環境 3

Relevant Personal Data 4-7
 妊婦自身の記録 4-7

Course of Pregnancy 8
 妊娠中の経過 8

Record of Checkups 10
 検査の記録 10

Parenting Class Record 12
 母親（両親）学級受講記録 12

Dentist's Report on Mother's Teeth During Pregnancy and After Childbirth 13
 妊娠中と産後の歯の状態 13

Record of Delivery 14
 出産の経過 14

Mother's Postpartum Condition 15
 出産後の母体の経過 15

Development of the Newborn 16
 早期新生児期の経過 / 後期新生児期の経過 16

Record of Checkups 17
 検査の記録 17

Record of Confirmation—Stool Color 19
 便色の確認の記録 19

Your Baby's Development & Health Checkup for Your Baby (From around 1 month old to 6 years old) 18-41
 保護者の記録と健康診査等（1か月頃～6歳） 18-41

Physical Growth of Infants and Children 42-47
 乳幼児身体発育曲線 42-47

Height and Weight of Children 48-49
 幼児の身長体重曲線 48-49

Immunization Record 50-54
 予防接種の記録 50-54

Sample Immunizations Schedule 55
 予防接種スケジュールの例 55

Record of Childhood Illnesses 56
 今までにかかった主な病気 56

Dental Checks, Guidance and Preventive Care 57
 歯の健康診査、保健指導、予防処置 57

Growth chart 58
 成長曲線（年齢に応じた標準の身長・体重の変化） 58

Concerning Fetal Growth (Fetal Growth Curve) 60
 胎児の発育について（胎児発育曲線） 60

Frequently Used Numbers 62
 連絡先メモ 62

Japanese and English Medical Expression List 63
 指差し交辞対語集 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くに自分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 生（歳）	
Father 父		Year/Month/Day (____ years old) 年 月 日 生（歳）	
		Year/Month/Day (____ years old) 年 月 日 生（歳）	

Child's Parents or Guardians
子どもの保護者

Present Address
居住先

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	Male / Female 男 / 女	
Place of Birth 出生の場所	Prefecture 都道府県	City/Town/Village 市区町村
Date of Birth 出生の年月日	Year 年	Month / Day 月 日

I hereby certify that the birth of the above-named child was officially registered on _____ (Year) _____ (Month) _____ (Day).
 上記の者については、年 月 日出生の届出があったことを証明する。

Official Seal of the Mayor
市区町村長 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日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。

1

・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。

Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date YMD (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
Haemophilus influenzae type b (Hib) インフルエンザ菌b型 (Hib)	1st 1回			
	2nd 2回			
	3rd 3回			
	Booster 追加			
Streptococcus pneumoniae 小児用肺炎球菌	1st 1回			
	2nd 2回			
	3rd 3回			
	Booster 追加			
Hepatitis B B型肝炎	1st 1回			
	2nd 2回			
	3rd 3回			

Other notes
●その他

50

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 YMD (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期接種	1st 1回				
	2nd 2回				
	3rd 3回				
1st term booster 第1期追加					

BCG
BCG

Immunization Date YMD (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

Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date YMD (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
Measles 麻疹 (はしか)	1st term 第1期			
	2nd term 第2期			

Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date YMD (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
Varicella 水痘	1st 1回			
	2nd 2回			

51

Immunization Record (3)
予防接種の記録 (3)

Japanese Encephalitis 日本脳炎				
Time 時期	Immunization Date YMD (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 初回	1st 1回			
	2nd 2回			
1st term booster 第1期追加				

Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date YMD (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 2/4) ヒトパピローマウイルス (HPV) (2価・4価)	1st 1回			
	2nd 2回			
	3rd 3回			

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 YMD (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	2nd term 第2期			
Japanese Encephalitis 日本脳炎	2nd term 第2期			

Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date YMD (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 Vaccine administered in two doses (containing one rotavirus strain) Vaccine administered in three doses (containing two rotavirus) ロタウイルス 1歳の場合は2回 5歳の場合は3回	1st 1回			
	2nd 2回			
	3rd 3回			
Mumps おたふくかぜ				
Influenza インフルエンザ				

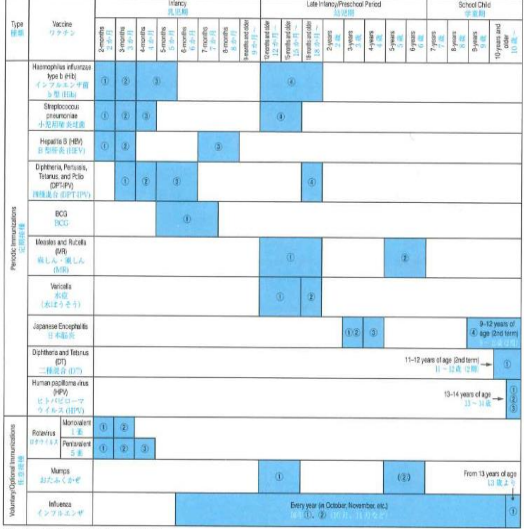
Immunization Record (5)
予防接種の記録 (5)
Other Immunizations
その他の予防接種

Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date YMD (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

Sample Immunizations Schedule
予防接種スケジュールの例

The table below indicates an example of the recommended ages for immunization. Please consult your regular physician concerning the immunizations your child will receive and the schedule. The numbers (①, ②, etc.) indicate the number of times the vaccine has been administered. (For example, ① means "1st time" and ② means "2nd time.")

下記の圖は望ましい接種時期の例を示しています。先ずには接種する予防接種とスケジュールについては、かかりつけ医などと相談しましょう。



The schedule above is as of April 1, 2018.
*For more information on immunizations, see the "immunizations" page on the National Institute of Infectious Diseases website (<https://www.niid.go.jp/niid/ja/schedule.html>).
*For information about immunizations and infectious diseases for those who travel back and forth between Japan and other countries, see the following website: Travel Clinic, Center Hospital of the National Center for Global Health and Medicine, (<http://travelclinic.ncgm.go.jp/>)

上記スケジュールは2018年4月1日現在のものです。
※予防接種について詳しい情報はこちら一国立感染症研究所→予防接種のページ (<https://www.niid.go.jp/niid/ja/schedule.html>)
※日本と海外を行き来するための予防接種や感染症の情報はこちら一国立国際医療研究センター病院トラベルクリニック (<http://travelclinic.ncgm.go.jp/>)

2、近くの保健センターへ持っていく方法

(How to submit to nearby health center)

もちもの ほ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

保健センターの案内

うけつけじかん へいじつ ごぜん じ ふん ごご じ ふん
受付時間 平日 午前8時30分から午後5時15分

○母子保健課(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



○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



○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

