

保健調査票



窓口にくられた方【父・母・本児・その他()】

住み始めた日 Day applicant moved to Uji	年 月 日 Year/Month/Day	記入日 Date of Filling out	年 月 日 Year/Month/Day
	転入届出日 Date of Notification	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
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	※ア・バ・ナ・バクニパス	4種混合 (DPT-IPV) Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Polio	1回	
	2回	※ア・バ・ナ・バクニパス		2回	
	3回	※ア・バ・ナ・バクニパス		3回	
	追加	※ア・バ・ナ・バクニパス		追加	
B型肝炎 Hepatitis B	1回		ヒブ (Hib) Haemophilus influenzae type b	1回	
	2回			2回	
	3回			3回	
B型肝炎 Hepatitis B	1回		BCG	追加	
	2回			追加	
	3回			追加	
B型肝炎 Hepatitis B	1回		麻疹風しん混合 (MR) Measles,Rubella	第1期	
	2回			第2期	
	3回		追加		
B型肝炎 Hepatitis B	1回	※ア・バ・ナ・バクニパス	水痘 (水ぼうそう) Varicella	1回	
	2回	※ア・バ・ナ・バクニパス		2回	
	追加	ア・バ・ナ・バクニパス		追加	
B型肝炎 Hepatitis B	1回		日本脳炎 Japanese Encephalitis	1回	
	2回			2回	
	追加			追加	
5種混合 (DPT-IPV+Hib) Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Polio,Hib	1回		おたふくかぜ	1回	
	2回				
	3回				
	追加				
			その他 Other		