

# 母子健康手帳の確認項目・提出ページについて

**Step 1** 氏名の記載状況を確認し、**いずれか (① or ②) 1 ページを A 4 サイズでコピーする。**

①

・母子健康手帳の表紙に氏名と生年月日が記載されている場合は、その表紙をコピーしてください。

▲ 母子健康手帳の表紙

平成14年 4月 / 日 交付 No. \_\_\_\_\_

保護者の氏名: <sup>ふりがな</sup> かいじ かずこ 明治和子

子の氏名 <sup>ふりがな</sup> かいじ たろう 明治太郎 (第 1 子)

生年月日: 平成14年 11月 / 日 性別: 男

※なお交付日のみが記載されている場合は、②をコピーしてください

②

・母子健康手帳の表紙に氏名と生年月日が記載されていない場合は、出生届証明のページをコピーしてください。

▲ 出生届証明のページ

出生届出済証明

子の氏名 明治太郎 (男・女)

出生の場所 東京都 千代田 市 区町村

出生の年月日 2002年 11月 / 日

上記の者については 2002年 11月 5日  
出生の届出があったことを証明する。

千代田 市 区町村長 印

**Step 2** 予防接種の記録のページに接種の証明があるか確認し、A 4 サイズでコピーする。

接種の証明に必要な表記は以下の通り

【麻疹ワクチン】

- ・麻しんワクチン
- ・MRワクチン
- ・MMRワクチン

を **1歳以上** で接種した証明箇所 **2回分**

- ・予防接種の記録のページに、【麻疹ワクチン】を **2回分** 接種した記録が付いているか確認してください。
- ・接種日の年齢が **1歳以上** であることを確認してください。
- ・記録箇所が分かるように印刷を行ってください。

※M R..... 麻しんと風しんの混合接種

※MMR..... おたふく・麻しん・風しんの混合接種

※「はしか・風しんの混合接種」という表記でも可

※母子健康手帳の様式は、自治体により異なります。

母子健康手帳の接種ページの見方については次ページ参照

(例) 2002年(平成14年)11月1日生まれの学生の母子手帳

予防接種の記録 Immunization Record									
ツベルクリン反応検査 TB Skin Test					BCG				
実施年月日	注射部位	実施者署名	反応	判定	判定者署名	接種年月日	ロット	接種者署名	備考
Y/M/D		Physician	(mm)	Result	Physician	Y/M/D	Lot.No.	Physician	
15.4.27	右		0	(-)		15.4.24	K	上板橋	
	左								
	上中下								

  

百日せき・ジフテリア・破傷風混合(DPT) Diphtheria・Pertussis・Tetanus combined										
時期	ワクチンの種類	接種年月日	メーカー/ロット	接種者署名	備考	時期	接種年月日	メーカー/ロット	接種者署名	備考
Time	Vaccine	Y/M/D	Manufacturer/Lot. No.	Physician	Remarks	Time	Y/M/D	Manufacturer/Lot. No.	Physician	Remarks
第1期 初回	DPT	15.5.27	DPT化血研24C	クリニック	0.5	第1期 初回	15.7.25	日本製薬198S S北研	クリニック	0.25
第1期 2回	DPT	15.6.24	DPT化血研26A	クリニック	0.5	第1期 追	16.8.1	日本製薬64研	クリニック	0.25
第1期 3回	DPT	15.7.18	DPT化血研28B	クリニック	0.5	第1期 追	16.8.27	日本製薬64研	クリニック	0.5
追加	DPT	16.8.16	AC001C S北研	クリニック	0.5	第2期	24.9.-	武田薬品工業社 JR150 2013.12.3	クリニック	0.5
第2期	DT	27.7.10	武田薬品工業社 2E023 2016.6.12	クリニック	0.1	第3期				

  

その他の予防接種 (Other Immunizations)									
接種年月日	ワクチン	メーカー/ロット	接種者署名	備考					
Y/M/D		Manufacturer/Lot. No.	Physician	Remarks					
16.1.5	麻しん(はしか)	北研 M21-8	クリニック	0.5					
16.3.20	水痘	北研 V2028	クリニック	0.5					

- ① 「August.8.2003 麻しん(はしか)」 1回目接種 → 1歳未満のため無効
- ② 「16.1.5 麻しん(はしか) ワクチン」 2回目接種 → 1歳のため有効
- ③ 「20.8.1 MRワクチン2期」 3回目接種 → 5歳のため有効



Step 3 コピーしたすべての用紙の右下に学部・学年・組・番号・氏名を記入してください。

○学部 ○○学科  
○年 ○組 ○番  
明治太郎

※母子健康手帳の様式は、自治体によって異なります。