

〈新〉

検査の記録

検査項目	検査年月日	備考
先天性代謝異常等検査	年 月 日	
新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE) リファア(要再検査)の場合	年 月 日 年 月 日	右 (パス・リファア) 左 (パス・リファア)

※検査結果を記録する場合は、保護者に説明し同意を得ること。

予備欄

乳児

保護者の記録

2週間頃

(年 月 日記録)

- 泣き声やお乳を飲む力が弱いと思いますか。 いいえ はい
- 寝かせるときは、あお向けに寝かせていますか。 はい いいえ
- 自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 はい いいえ
- 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 いいえ はい
何ともいえない
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

※このページは医療機関、こども家庭センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。
気になることがあれば、医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

〈旧〉

検査の記録

検査項目	検査年月日	備考
先天性代謝異常検査	年 月 日	
新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE) リファア(要再検査)の場合	年 月 日 年 月 日	右 (パス・リファア) 左 (パス・リファア)

※検査結果を記録する場合は、保護者に説明し同意を得ること。

予備欄

乳児

保護者の記録

2週間頃

(年 月 日記録)

- 泣き声やお乳を飲む力が弱いと思いますか。 いいえ はい
- 寝かせるときは、あお向けに寝かせていますか。 はい いいえ
- 自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 はい いいえ
- 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 いいえ はい
何ともいえない
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

※このページは医療機関、こども家庭センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。
気になることがあれば、医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

〈新〉

予防接種の記録 (1)

Immunization Record

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。

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
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価経口弱毒生ロ タウイルスワクチン のみ3回目を接種	1回			
	2回			
	3回			

予
防
接
種

〈旧〉

予防接種の記録 (1)

Immunization Record

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。

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
インフルエンザ菌 b型(Hib) Haemophilus influenzae 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価経口弱毒生ロ タウイルスワクチン のみ3回目を接種	1回			
	2回			
	3回			

予
防
接
種

〈新〉

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・インフルエンザ菌b型(Hib)
Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio・Haemophilus influenzae type b

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.	接種者名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	1回				
	2回				
	3回				
第1期 追加					
第2期 (DT) [※]					

※ジフテリア・破傷風 (Diphtheria・Tetanus)

BCG

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

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
麻しん Measles ・ 風しん Rubella	第1期			
	第2期			
水痘 Varicella	1回			
	2回			

予防接種

〈旧〉

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.	接種者名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	1回				
	2回				
	3回				
第1期 追加					
第2期 (DT) [※]					

※ジフテリア・破傷風 (Diphtheria・Tetanus)

BCG

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

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
麻しん Measles ・ 風しん Rubella	第1期			
	第2期			
水痘 Varicella	1回			
	2回			

予防接種

〈新〉

検査の記録

検査項目	検査年月日	備考
先天性代謝異常等検査	年 月 日	
新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE) リファア（要再検査）の場合	年 月 日	右 (パス・リファア) 左 (パス・リファア)
	年 月 日	

※検査結果を記録する場合は、保護者に説明し同意を得ること。



乳児

保護者の記録 【2週間頃】 (年 月 日記録)

- 泣き声やお乳を飲む力が弱いと思いますか。 いいえ はい
- 寝かせるときは、あお向けに寝かせていますか。 はい いいえ
- 自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 はい いいえ
- 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 いいえ はい
何ともいえない
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

※このページは医療機関、こども家庭センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

〈旧〉

検査の記録

検査項目	検査年月日	備考
先天性代謝異常検査	年 月 日	
新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE) リファア（要再検査）の場合	年 月 日	右 (パス・リファア) 左 (パス・リファア)
	年 月 日	

※検査結果を記録する場合は、保護者に説明し同意を得ること。



乳児

保護者の記録 【2週間頃】 (年 月 日記録)

- 泣き声やお乳を飲む力が弱いと思いますか。 いいえ はい
- 寝かせるときは、あお向けに寝かせていますか。 はい いいえ
- 自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 はい いいえ
- 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 いいえ はい
何ともいえない
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

※このページは医療機関、こども家庭センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

〈新〉

（ 予防接種の記録(1) ）
Immunization Record

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。

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
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価経口弱毒生ロタウイルスワクチンのみ3回目を接種	1回			
	2回			
	3回			

予防接種

〈旧〉

（ 予防接種の記録(1) ）
Immunization Record

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。

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
インフルエンザ菌 b型 (Hib) Haemophilus influenzae type b	1回			
	2回			
	3回			
	追加			
小児肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1回			
	2回			
	3回			
B型肝炎 Viral Hepatitis type B	1回			
	2回			
	3回			
ロタウイルス Rotavirus ※5価経口弱毒生ロタウイルスワクチンのみ3回目を接種	1回			
	2回			
	3回			

予防接種

〈新〉

（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・インフルエンザ菌b型(Hib) Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio・Haemophilus influenzae type b					
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.	接種者名 Physician	備 考 Remarks
第1期 初回	1回				
	2回				
	3回				
第1期 追加					
第2期 (DT)*					

※ジフテリア・破傷風(Diphtheria・Tetanus)

BCG			
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

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
麻しん Measles ・ 風しん Rubella	第1期			
	第2期			
水痘 Varicella	1回			
	2回			

予防接種

〈旧〉

（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.	接種者名 Physician	備 考 Remarks
第1期 初回	1回				
	2回				
	3回				
第1期 追加					
第2期 (DT)*					

※ジフテリア・破傷風(Diphtheria・Tetanus)

BCG			
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

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
麻しん Measles ・ 風しん Rubella	第1期			
	第2期			
水痘 Varicella	1回			
	2回			

予防接種