

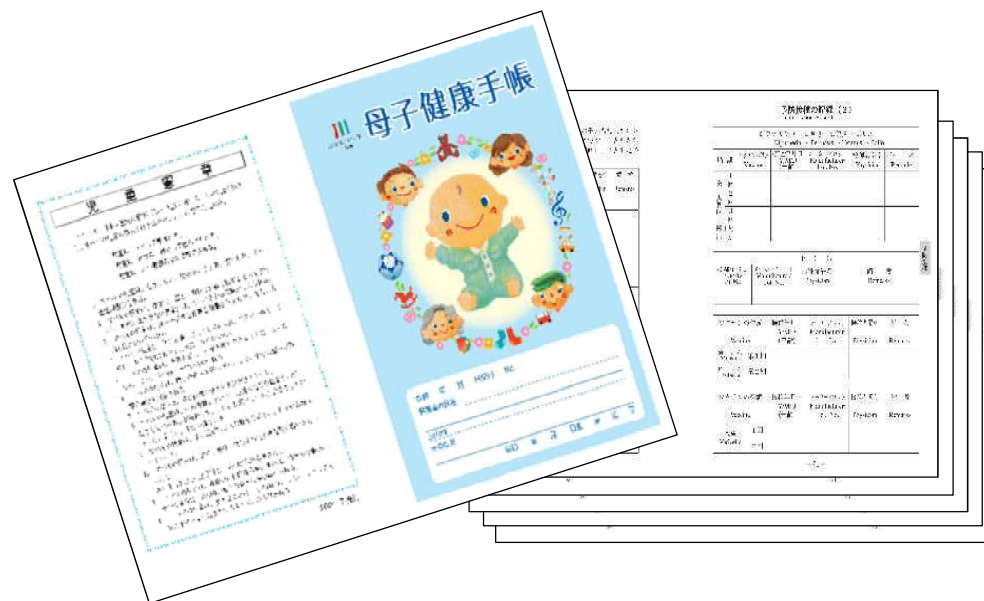
●川崎市予防接種実施医療機関の方へ

《抜粋版母子健康手帳を持つ方への対応についてのお願い》

日頃から、本市の母子保健事業に御理解と御協力をいただき誠にありがとうございます。

さて、本市では紛失等の理由により、母子健康手帳を持っていない中学生以上の方が、予防接種の記録を目的として母子健康手帳の交付を希望された際には、母子健康手帳の予防接種欄を抜粋したものを提供しております。

貴院での予防接種を実施するにあたり、抜粋版母子健康手帳につきましても、一般の母子健康手帳と同様にお取り扱いいただくようお願いいたします。



抜粋版母子健康手帳の例

問合せ先  
川崎市子ども未来局 子ども保健福祉課 母子保健係  
電話:044-200-2450

# 児 童 憲 章

われらは、日本国憲法の精神に従い、児童に対する正しい観念を確立し、すべての児童の幸福をはかるために、この憲章を定める。

児童は、人として尊ばれる。

児童は、社会の一員として重んぜられる。

児童は、よい環境のなかで育てられる。

1. すべての児童は、心身ともに、健やかに生まれ、育てられ、その生活は保障される。
2. すべての児童は、家庭で、正しい愛情と知識と技術をもって育てられ、家庭に恵まれない児童には、これにかわる環境が与えられる。
3. すべての児童は、適当な栄養と住居と被服が与えられ、また、疾病と災害から守られる。
4. すべての児童は、個性と能力に応じて教育され、社会の一員としての責任を自主的に果たすように、みちびかれる。
5. すべての児童は、自然を愛し、科学と芸術を尊ぶように、みちびかれ、また、道徳的心情がつかわれる。
6. すべての児童は、就学のみちを確保され、また、十分に整った教育の施設を用意される。
7. すべての児童は、職業指導を受ける機会が与えられる。
8. すべての児童は、その労働において、心身の発育が阻害されず、教育を受ける機会が失われず、また、児童としての生活がさまたげられないように、十分保護される。
9. すべての児童は、よい遊び場と文化財を用意され、わるい環境から守られる。
10. すべての児童は、虐待、酷使、放任その他不当な取り扱いから守られる。  
あやまちをおかした児童は、適切に保護指導される。
11. すべての児童は、身体が不自由な場合、または、精神の機能が不十分な場合に、適切な治療と教育と保護が与えられる。
12. すべての児童は、愛とまことによって結ばれ、よい国民として人類の平和と文化に貢献するように、みちびかれる。

2021.7 発行



# 母子健康手帳



令和 年 月 日交付 No.

保護者の氏名

ふりがな

子の氏名

令和 年 月 日生 ★ 第 子

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/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
インフルエンザ菌b型 (Hib) Haemophilus 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			

●その他

予防接種

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/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	1回				
	2回				
	3回				
第1期 追加					

B C G			
接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 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/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
麻疹 Measles	第1期			
風疹 Rubella	第2期			

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
水痘 Varicella	1回			
	2回			

予防接種

予防接種の記録 (3)  
Immunization Record

日本脳炎 Japanese Encephalitis				
時期	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	1回			
	2回			
第1期 追加				

予防接種

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot. No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
ヒトパピローマ ウイルス (HPV) Human Papilloma (2価・4価)	1回			
	2回			
	3回			

●薬剤や食品などのアレルギー記入欄

予防接種の記録 (4)  
Immunization Record

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.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
ジフテリア・破傷風 Diphtheria・ Tetanus	第2期			
日本脳炎 Japanese Encephalitis	第2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.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
おたふくかぜ Mumps				
インフルエンザ Influenza				

予防接種

予防接種の記録 (5)  
Immunization Record

その他の予防接種

ワクチンの種類	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.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

予防  
接種

予防接種スケジュールの例

予防接種のスケジュールは、それぞれの予防接種の望ましい接種時期の例を示しています。実際に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。丸囲み数字 (①、②など) は、ワクチンの種類毎に接種の回数を示しています。

種類	ワクチン	乳児期							幼児期					学童期								
		2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	12か月	15か月	18か月	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳~	
定期 接種	インフルエンザ菌 b型 (Hib)	①	②	③							④											
	小児用肺炎球菌	①	②	③							④											
	B型肝炎 (HBV)	①	②					③														
	ロタウイルス	1価 ①	②	③																		
	5価	①	②	③																		
	四種混合 (DPT-IPV)		①	②	③						④											
	BCG				①																	
	麻疹、風しん (MR)										①				②							
	水痘 (水ぼうそう)										①	②										
	日本脳炎														① ②	③				④	9~12歳 (2期)	
	二種混合 (DT)																				①	11~12歳 (2期)
	ヒトパピローマ ウイルス (HPV)																					①②③ 13~14歳
任意 接種	おたふくかぜ										①				(2)							
	インフルエンザ																				毎年①、② (10月、11月など)	13歳より ①

予防  
接種

(\*) 任意接種のスケジュール例については、日本小児科学会が推奨するもの  
 (\*) ロタウイルスについては、経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(1価)・  
 5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)のいずれかを接種  
 ※日本小児科学会が推奨する予防接種スケジュール  
 ([https://www.jpeds.or.jp/modules/general/index.php?content\\_id=5](https://www.jpeds.or.jp/modules/general/index.php?content_id=5))  
 ※予防接種について詳しい情報は  
 国立感染症研究所感染症疫学センター (<http://www.nih.go.jp/niid/ja/schedule.html>)

## 予 防 接 種

### ◎受ける前に

予防接種は、体調が良い時に受けるのが原則です。予防接種を受ける前だけでなく、日頃から体温などお子さんの健康状態をよく観察しておきましょう。また、予防接種に関する案内や冊子はよく読むようにし、受ける予防接種の効果や副反応等について、あらかじめ理解しておきましょう。特に「予防接種と子どもの健康」（2か月児を対象に個別送付）は全て読み、分からない点があれば、かかりつけの医師又は川崎市予防接種コールセンター（044-200-0142）に問合せをしてください。

### ◎受ける時に

予防接種を受けに行く時は、予診票（2か月児を対象に個別送付）を記入し、母子健康手帳と一緒に持参してください。予診票に書かれている内容は、接種医師がお子さんの健康状態を把握し、接種が可能かどうかを判断するための重要な情報となります。また、気になることがある時は、医師とよく相談してください。

なお、接種には、お子さんの健康状態をよく知っていて医師の質問に責任を持って答えられる保護者（親権者：一般的には父母）が同伴してください。

### ◎次のような場合は受けられません

体調が悪い時に予防接種を受けると、接種を受けたために症状が悪化したり、副反応が強く出ることがあります。特に、次のような場合、予防接種は受けられません。

- 1 明らかに発熱のある人（37.5℃以上）
  - 2 重篤な急性の病気にかかっていることが明らかな人
  - 3 受ける予防接種の接種液に含まれる成分で、アナフィラキシー（ひどいアレルギー反応）を起こしたことが明らかな人
- その他にも予防接種を行うことが不適当な場合や、一方で病気があっ

ても受けた方がよい場合もありますので、かかりつけの医師に相談してください。

### ◎受けた後に

予防接種を受けたあと30分間程度は、医療機関等で様子をみるか、医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。入浴は差し支えありませんが、わざと注射した部位をこすることはやめましょう。接種当日は、激しい運動は避けましょう。万が一、高い熱が出たり、ひきつけを起こすなどの異常が認められた場合は、すぐに医師の診察を受けてください。また、接種の記録として母子健康手帳へ記録したり、予防接種済証が発行されたりしますが、就学時健康診断や海外渡航などの際に活用できますので、大切に保管しましょう。

### ◎指定された日時に受けられなかった場合

予防接種の種類によっては、複数回にわたり接種を受けなければならない場合があります。指定日に受けられなかった時は、かかりつけの医師に相談してください。

### ◎里帰り先で受ける時は

川崎市外の医療機関で受ける時は、事前に手続きが必要です。詳しくは、川崎市予防接種コールセンター（044-200-0142）に問合せをしてください。

<このページは保護者自身で記入してください。>

### 今までにかかった主な病気

#### Record of Childhood Illnesses

病名 Illnesses	年月日 Y/M/D	備考(症状・合併症など) Remarks
麻疹(はしか) Measles		
風疹(三日はしか) Rubella		
水痘(水ぼうそう) Varicella		
おたふくかぜ Mumps		
伝染性紅斑(りんご病) Erythema Infectiosum		
手足口病 Hand-foot-mouth disease		

今までにかかった主な病気