

CONTENTS

目次

Child's Parents or Guardians & Certificate of Birth Registration 保護者・出生届出済証明	1
Pregnancy Health Reference 妊婦の健康状態等	2
Woman's Occupation and Home Situation 妊婦の職業と環境	3
Relevant Personal Data 妊婦自身の記録	4~7
Course of Pregnancy 妊娠中の経過	8
Record of Checkups 検査の記録	10
Parenting Class Record 母親(両親)学級受講記録	12
Dentist's Report on Mother's Teeth During Pregnancy and After Childbirth 妊娠中と産後の歯の状態	13
Record of Delivery 出産の状態	14
Mother's Postpartum Condition 出産後の母体の経過	15
Development of the Newborn 早期新生児期の経過 / 後期新生児期の経過	16
Record of Checkups 検査の記録	17
Record of Confirmation—Stool Color 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) 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 乳幼児身体発育曲線	42~47
Height and Weight of Children 幼児の身長体重曲線	48~49
Immunization Record 予防接種の記録	50~54
Sample Immunization Schedule 予防接種スケジュールの例	55
Record of Childhood Illnesses 今までにかかった主な病気	56
Dental Checkups, Guidance and Preventive Care 歯の健康診査、保健指導、予防処置	57
Development Curve 成長曲線	58
Concerning Fetal Development (Fetal Development Curve) 胎児の発育について (胎児発育曲線)	60
Frequently Used Numbers 連絡先メモ	62
Japanese and English Medical Expression List for Obstetrics 指差し受診対話集	63

Please fill in the top portion of this page when you receive this handbook.

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

Child's Parents or Guardians 子の保護者	Relationship 続柄	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)	
	Present Address 居住地	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/Ward/Town/Village 市区町村	
Date of Birth 出生の年月日	Year 年	Month 月	Day 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。

Please fill in the information on this page.
このページは妊婦自身で記入してください。

Pregnancy Health Reference 妊婦の健康状態等

Height 身長	cm	Normal Weight ふだんの体重	kg	Age at Marriage 結婚年齢	years old 歳
BMI BMI	BMI (body mass index) = Weight (kg) ÷ Height (m) ÷ Height (m) BMI (体格指数) = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)				

• Have you ever had any of the following illnesses?

○次の病気にかかったことがありますか。(あるものに○印)

High blood pressure / Chronic nephritis / Diabetes mellitus / Hepatitis / Heart disease / Thyroid disease
高血圧 慢性腎炎 糖尿病 肝炎 心臓病 甲状腺の病気

Mental Illness / Other disease (name:)
精神疾患 (心の病気) その他病気 (病名)

• Have you ever had any of the following infectious illnesses?

○次の感染症にかかったことがありますか。

Rubella 風しん (三日はしか)	(Yes () age) (はい () 歳)	No いいえ	Immunized 予防接種を受けた
Measles 麻疹 (はしか)	(Yes () age) (はい () 歳)	No いいえ	Immunized 予防接種を受けた
Varicella 水痘 (水ぼうそう)	(Yes () age) (はい () 歳)	No いいえ	Immunized 予防接種を受けた

• Have you ever had an operation?

○今までに手術を受けたことがありますか。

No Yes (for)
なし あり (病名)

• Are you currently taking medicine? (medicine used regularly):

○服用中の薬 (常用薬):

• Do you feel heavily stressed in your everyday life, either at home or at work?

○家庭や仕事など日常生活で強いストレスを感じていますか。

Yes / No
いいえ はい

• Are you worried about this pregnancy because of something that happened during a past pregnancy or delivery?

○今回の妊娠に際し、過去の妊娠・分娩に関して心配なことはありますか。

Yes / No
いいえ はい

• Do you have any other worries? ()

○その他心配なこと ()

• Do you smoke?

○たばこを吸いますか。

No Yes () cigarettes per day
いいえ はい (1日 本)

• Does anyone living in the same household smoke?

○同居者は同室でたばこを吸いますか。

No Yes () cigarettes per day
いいえ はい (1日 本)

• Do you drink alcohol?

○酒類を飲みますか。

No Yes () glasses per day
いいえ はい (1日 程度)

• Because smoking and drinking alcohol can have a bad effect on the growth of your baby, it is wise to stop.

※喫煙と飲酒は、赤ちゃんの成長に大きな影響を及ぼしますので、やめましょう。

Spouse's Health 夫の健康状態	Good 健康	Poor (Disease or problem:) よくない (病名)
---------------------------	------------	--

History of Prior Pregnancies いままでの妊娠

Date of Delivery 出産年月	Health During Pregnancy/During & After Childbirth 妊娠・出産・産後の状態	Baby's Weight at Birth/Sex 出生児の体重・性別	Child's Present Health 現在の子の状態
Year/Month 年 月	Normal · Abnormal (at _____ weeks or _____ months pregnant) 正常 · 異常 (妊娠 週 (第 月) 頃)	g Male/Female g 男 · 女	Good/Poor 健 · 否
Year/Month 年 月	Normal · Abnormal (at _____ weeks or _____ months pregnant) 正常 · 異常 (妊娠 週 (第 月) 頃)	g Male/Female g 男 · 女	Good/Poor 健 · 否
Year/Month 年 月	Normal · Abnormal (at _____ weeks or _____ months pregnant) 正常 · 異常 (妊娠 週 (第 月) 頃)	g Male/Female g 男 · 女	Good/Poor 健 · 否

*If you feel worried about your pregnancy or insecure about childbirth and/or raising a child, please feel free to consult the public health center, the municipal office (public health center), or any medical institution.

※妊娠についての悩みや、出産・育児の不安がある方は、保健所、市町村 (保健センター)、医療機関等に気軽に相談しましょう。

Please fill in the information on this page.
このページは妊婦自身で記入してください。

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

Working Conditions When First Pregnant 妊娠に気付いたときの状況	Employment Status 職業			
	Type of Job and Work Environment (*) 仕事の内容と職場環境 (※)			
	Hours Worked Per Day 仕事をする時間	() Hours, () to () Is your work schedule irregular, such as on a shift basis? (Yes / No) 1日約 () 時間・() 時~() 時 交代制など変則的な勤務 (あり・なし)		
	How Do You Get to Work? 通勤や仕事に利用する乗り物			
Working Conditions During Pregnancy 妊娠してからの変更点	Length of Commute 通勤の時間	One Way () Minutes 片道 () 分	How Crowded 混雑の程度	Very Crowded/Normal ひどい・普通
	Maternity Leave Before Birth 産前休業	Took Time Off: () th week 仕事を休んだ (妊娠 週 (第 月) のとき)		
	Maternity Leave After Birth 産後休業	Changed Jobs: () th week 仕事を变えた (妊娠 週 (第 月) のとき)		
	Childcare Leave (Father / Mother) 育児休業 (父親・母親)	Permanently Left: () th week 仕事をやめた (妊娠 週 (第 月) のとき)		
	Living Situation 住居の種類	Other: () その他 ()		
Living Environment 騒音	Quiet/Normal/Noisy 静・普通・騒	Sunshine exposure 日当たり	Good/Normal/Poor 良・普通・悪	
Who Lives with You 同居	Children (Number: _____), Husband, Husband's Father, Husband's Mother, Your Father, Your Mother, Other(s) (Number: _____) 子ども () 人・夫・夫の父・夫の母・実父・実母 その他 () 人			

* Please record any special circumstances, such as whether: the job requires a lot of physical endurance (for example, standing for long periods); the temperature of the working environment is uncomfortable or harsh; there is heavy tobacco smoke; there is a lot of physical movement; there is a high stress level; it is difficult to take a break; and/or there is a lot of overtime.

※立ち作業など負担の大きい作業が多い、温湿度が厳しい、たばこの煙がひどい、振動が多い、ストレスが多い、休憩がとりにくい、時間外労働が多いなどの特記事項も記入してください。

Relevant Personal Data (1)
妊婦自身の記録 (1)

• Use the space below to write down notes about your physical condition, any questions you would like to ask when undergoing health checkups for expectant mothers, and how you and your family feel about welcoming a new baby.

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える両親の気持ちなどを書き留めておきましょう。

<Third Month of Pregnancy> 8 to 11 weeks into the pregnancy (____ (Month) ____ (Day) to ____ (Month) ____ (Day))
<妊娠3か月> 妊娠8週～妊娠11週 (月 日～ 月 日)

It is comforting and encouraging to find someone you can freely ask for advice concerning pregnancy and childbirth.
※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておくと安心です。

<Fourth Month of Pregnancy> 12 to 15 weeks into the pregnancy (____ (Month) ____ (Day) to ____ (Month) ____ (Day))
<妊娠4か月> 妊娠12週～妊娠15週 (月 日～ 月 日)

*It is a good idea to check your blood test results during the first stage of pregnancy (as well as the results of all tests afterward).
*If you are planning to return to your hometown to give birth, it is a good idea to consult your physician or midwife and discuss preparations with your family.

※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう (以降も各種検査結果について確認しましょう)。
※里帰り出産を予定している場合は、医師や助産師、家族と話し合い、準備しましょう。

First Day of Last Menstruation 最終月経開始日	____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日
First Medical Exam for This Pregnancy この妊娠の初診日	____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日
First Fetal Movement Felt 胎動を感じた日	____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日
Projected Date of Delivery 分娩予定日	____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日

*It is a good idea for working women to use the Maternal Health Maintenance Information Card whenever they receive instructions (including preventive treatment) from their physician during health checkups for expectant mothers.

※働く女性は、妊婦健康診査で医師等から指導 (予防的措置も含まれます) があった際は、「母性健康管理指導事項連絡カード」を活用しましょう。 <http://www2.mhlw.go.jp/topics/seido/josei/hourei/20000401-25-1.htm>

Relevant Personal Data (2)
妊婦自身の記録 (2)

• Use the space below to write down notes about your physical condition, any questions you would like to ask when undergoing health checkups for expectant mothers, and how you and your family feel about welcoming a new baby.

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える両親の気持ちなどを書き留めておきましょう。

<Fifth Month of Pregnancy> 16 to 19 weeks into the pregnancy (____ (Month) ____ (Day) to ____ (Month) ____ (Day))
<妊娠5か月> 妊娠16週～妊娠19週 (月 日～ 月 日)

Check the various programs related to childbirth and child-raising for working men and women
※働く女性・男性のための出産、育児に関する制度を確認しましょう。

<Sixth Month of Pregnancy> 20 to 23 weeks into the pregnancy (____ (Month) ____ (Day) to ____ (Month) ____ (Day))
<妊娠6か月> 妊娠20週～妊娠23週 (月 日～ 月 日)

*Write down your thoughts when you felt your baby moving.
※胎動を感じた時の気持ちを書き留めておきましょう。

*Please be sure to undergo health checkups for expectant mothers.
Even if you are not aware of them, your body goes through various physical changes during pregnancy. You should undergo health checkups for expectant mothers.

※妊婦健康診査は必ず受けましょう。
妊娠中は、気がかりなことがなくても、身体にはいろいろな変化が起こっています。きちんと妊婦健康診査を受けましょう。

*Symptoms to Beware of during Pregnancy
The following symptoms may indicate an illness that could greatly influence you and/or your unborn child: swelling, vaginal bleeding, bloated stomach, abdominal pain, fever, diarrhea, stubborn constipation, unusual spotting, severe headache, dizziness, nausea, vomiting. Please consult a doctor immediately if you experience any of these symptoms. You should also consult your doctor if you experience weakness from morning sickness, feel irritable, have severe palpitations, feel severely insecure, or no longer feel your baby moving.

※妊娠中注意したい症状
次のような症状は、母体や胎児に重大な影響を及ぼす病気の症状かもしれませんので、医師に相談しましょう。
(むくみ・性器出血・おなかの張り・腹痛・発熱・下痢・がんこな便秘・ふだんと違ったおりもの・強い頭痛・めまい・はきけ・嘔吐)
また、つわりで衰弱がひどいとき、イライラや動悸がはげしく、不安感が強いとき、今まであった胎動を感じなくなったときは、すぐに医師に相談しましょう。

Relevant Personal Data (3)
妊婦自身の記録 (3)

• Use the space below to write down notes about your physical condition, any questions you would like to ask when undergoing health checkups for expectant mothers, and how you and your family feel about welcoming a new baby.

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える両親の気持ちなどを書き留めておきましょう。

<Seventh Month of Pregnancy> 24 to 27 weeks into the pregnancy (____ (Month) ____ (Day) to ____ (Month) ____ (Day))
<妊娠7か月> 妊娠24週～妊娠27週 (____ 月 ____ 日～ ____ 月 ____ 日)

<Eighth Month of Pregnancy> 28 to 31 weeks into the pregnancy (____ (Month) ____ (Day) to ____ (Month) ____ (Day))
<妊娠8か月> 妊娠28週～妊娠31週 (____ 月 ____ 日～ ____ 月 ____ 日)

Home Address Before or After Delivery 出産前後の居住地	Address 住所	Tel. No. 電話
Name and Address of Emergency Contact 妊娠・分娩に係る緊急連絡先 (知らせてほしい人)	Name ふりがな 氏名	Tel. No. 電話
Means of Transport to Hospital 分娩施設へのアクセス方法	Own Car / Taxi / On Foot / Other () Transportation Time (____ hours ____ minutes) 自家用車・タクシー・徒歩・その他 () 所要時間 (____ 時間 ____ 分)	Tel. No. 電話
Someone who can help with household chores and childcare before and after childbirth 出産前後、家事や育児を手伝ってくれる人		

* See your physician immediately if you experience vaginal bleeding, bloated stomach, or abdominal pain; if your water breaks; or if your baby's movements are weak or have stopped.

※出血や破水、おなかの強い張りや痛み、胎動の減少を感じたら、すぐに医療機関で受診しましょう。

Relevant Personal Data (4)
妊婦自身の記録 (4)

• Use the space below to write down notes on your physical condition, any questions you would like to ask when undergoing health checkups for expectant mothers, and how you and your family feel about welcoming a new baby.

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える両親の気持ちなどを書き留めておきましょう。

<Ninth Month of Pregnancy> 32 to 35 weeks into the pregnancy (____ (Month) ____ (Day) to ____ (Month) ____ (Day))
<妊娠9か月> 妊娠32週～妊娠35週 (____ 月 ____ 日～ ____ 月 ____ 日)

<Tenth Month of Pregnancy> 36 to 39 weeks into the pregnancy (____ (Month) ____ (Day) to ____ (Month) ____ (Day))
<妊娠10か月> 妊娠36週～妊娠39週 (____ 月 ____ 日～ ____ 月 ____ 日)

* Prepare for childbirth by confirming the necessary contact information and the items you will be taking to the hospital or other birth facility.

* If you have any questions or concerns about childbirth and everyday life after the baby arrives, consult your regular medical institution or the municipal public health nurse.

※出産に備えて連絡先や分娩施設に持参するものを確認しておきましょう。

※出産や産後の生活について、不安な点や不明な点は、かかりつけの医療機関や市町村の保健師などに相談しましょう。

From the 40th Week on 妊娠40週～ (from ____ (Month) ____ (Day)) (____ 月 ____ 日～)	Date of Childbirth: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 出産日: ____ 年 ____ 月 ____ 日
Please write down your feelings or observations about your baby and his/her birth. ※赤ちゃん誕生を迎えた両親の気持ちを記入しておきましょう。	

* See your physician immediately if you experience vaginal bleeding, bloated stomach, or abdominal pain; if your water breaks; or if your baby's movements are weak or have stopped.

※出血や破水、おなかの強い張りや痛み、胎動の減少を感じたら、すぐに医療機関で受診しましょう。

Record of Checkups
検査の記録

Notes and Observations
予備欄

Type of Checkup 検査項目	Checkup Date 検査年月日	Notes 備考
Blood Type 血液型	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	A B O 型 Rh
Irregular Antibody 不規則抗体	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	
Cervical Cancer Test 子宮頸がん検診	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	
Syphilis Serological Test 梅毒血清反応	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	
HBs (hepatitis B virus) Antigen HBs 抗原	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	
HCV (hepatitis C) Antibody HCV 抗体	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	
HIV (human immunodeficiency virus) Antibody HIV 抗体	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	
Rubella Virus Antibody 風しんウイルス抗体	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	
HTLV-1 (human T-cell leukemia virus Type 1) Antibody HTLV-1 抗体	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	
Chlamydia Antigen クラミジア抗原	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	
Group B Streptococcus B 群溶血性連鎖球菌	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	
	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	
	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	
	Given ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) 年 月 日	

*When recording checkup results, please be sure to give the expectant mother an explanation and get her approval.

※検査結果を記録する場合は、妊婦に説明し、同意を得ること。

母親（両親）学級受講記録

Date 受講年月日	Topic 課目	Comments 備考
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		

Notes and Observations
予備欄

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

Upper Jaw (上顎)
Front Teeth (前歯)
Right Back Teeth (右奥歯)
Left Back Teeth (奥歯左)
Lower Jaw (下顎)
Front Teeth (前歯)

Condition of Teeth
 Healthy Teeth: / 健全歯 /
 Untreated Decayed Tooth: C 未処置歯 C
 Treated Tooth: O 処置歯 O
 Tooth Missing: △ 喪失歯 △

歯の状態記号:
 健全歯 /
 未処置歯 C
 処置歯 O
 喪失歯 △

Date of Initial Examination 初回診査	____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日
Week of Pregnancy 妊娠	() weeks 週
Decayed Teeth 要治療のむし歯	No / Yes なし / あり (No. of cavities:) あり (本)
Calcified Tooth Plaque 歯石	No / Yes なし / あり
Gum Inflammation 歯肉の炎症	No / Yes (needs instruction) / Yes (needs treatment) なし / あり (要指導) / あり (要治療)
Other comments 特記事項	
Name of Clinic, Institution or Dentist 施設名又は担当者名	

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	Week of Pregnancy/Week After Childbirth: () weeks 妊娠・産後 週	
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	Calcified Tooth Plaque 歯石	No / Yes なし / あり
Other comments 特記事項	Gum Inflammation 歯肉の炎症	No / Yes (needs instruction) / Yes (needs treatment) なし / あり (要指導) / あり (要治療)
Examination Date: ____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日 診査	Name of Clinic, Institution or Dentist 施設名又は担当者名	

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	Week of Pregnancy/Week After Childbirth: () weeks 妊娠・産後 週	
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	Calcified Tooth Plaque 歯石	No / Yes なし / あり
Other comments 特記事項	Gum Inflammation 歯肉の炎症	No / Yes (needs instruction) / Yes (needs treatment) なし / あり (要指導) / あり (要治療)
Examination Date: ____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日 診査	Name of Clinic, Institution or Dentist 施設名又は担当者名	

*Conditions such as cavities and gingivitis tend to become worse during pregnancy. It is a good idea to consult a dentist about gum disease since it can cause premature birth, etc.

*Please be sure to tell the dentist that you are pregnant.

※むし歯や歯周病などの病気は妊娠中に悪くなりやすいものです。歯周病は早産等の原因となることがあるので注意し、歯科医師に相談しましょう。

※歯科医師にかかるときは、妊娠中であることを話してください。

Record of Delivery
出産の状態

Length of Pregnancy 妊娠期間	_____ weeks _____ days 妊娠 週 日		
Delivery Date 娩出日時	_____ (Year) _____ (Month) _____ (Day). _____ a.m. / p.m. 年 月 日 午前・午後 時 分		
Delivery Type 分娩経過	Normal position 頭位	Breech position 骨盤位	Other () その他 ()
Delivery Method 分娩方法	Other comments: 特記事項		
Length of Labor 分娩所要時間	_____ Days _____ Hours _____ Minutes 日 時間 分	Amount of bleeding 出血量	Light / Moderate / Heavy (ml) 少量・中量・多量 (ml)
Blood Transfusion (including use of blood products) 輸血 (血液製剤含む) の有無	No / Yes () 無・有 ()		

Baby's Condition at Birth 出産時の児の状態	Sex/Number 性別・数	Male/Female/Unidentified 男・女・不明	Single/Multiple () 単・多 (胎)		
	Baby's Measurements 計測値	Weight: 体重	g	Height: 身長	cm
		Chest Circumference: 胸囲	cm	Head Circumference: 頭囲	cm
Special Conditions or Treatment 特別な所見・処置	Neonatal Asphyxia → (Expired/Resuscitated) / Stillbirth 新生児仮死 → (死亡・蘇生)・死産				

Certificate 証明	Certificate of Birth/Certificate of Stillbirth/Certificate of Birth and Death 出生証明書・死産証書 (死胎検案書)・出生証明書及び死亡診断書		
Place of Delivery 出産の場所	Name 名称		
Names of Birth Attendants 分娩取扱者氏名	Doctor: 医師	Others: その他	
	Midwife: 助産師		

This page to be completed by the doctor or nurse when you leave the hospital or at your post-delivery checkup.
出産後・退院時の診察のときに記入してもらいましょう。

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

Days/Months Post-Delivery 産後日月数	Return of Uterus to Normal Size and Position 子宮復古	Vaginal Bleeding or Discharge (Lochia) 悪露	Condition of Breasts 乳房の状態	Blood Pressure 血圧	Protein in Urine 尿蛋白	Sugar in Urine 尿糖	Weight 体重	Remarks 備考
	Normal/Abnormal 良・否	Normal/Abnormal 正・否			- + #	- + #	kg	
	Normal/Abnormal 良・否	Normal/Abnormal 正・否			- + #	- + #		
	Normal/Abnormal 良・否	Normal/Abnormal 正・否			- + #	- + #		
	Normal/Abnormal 良・否	Normal/Abnormal 正・否			- + #	- + #		

Mother's personal comments and notations
母親自身の記録

- Baby's first feeding at _____ hour after delivery.
○赤ちゃんに初めてお乳を飲ませたのは生後 () 時間目です。
- Type of feeding: Breastfeeding/Bottle.
○そのとき、与えたお乳は (母乳・人工乳) です。
- Do you sometimes get depressed or feel you don't have any energy?
○気分が沈んだり涙もろくなったり、何もやる気になれないといったことがありますか。 No / Yes / Difficult to Say
いいえ はい 何ともいえない
- Use the space below to write down anything that you notice was unusual or different after your delivery. Please consult your doctor or midwife concerning these matters.
○産後、気が付いたこと、変わったことがあれば医師、助産師などに相談しましょう。

First Bath 入浴	_____ days after delivery (____ (Y) ____ (M) ____ (D)) 産後 日 (月 日)	Resumed Housework 家事開始	_____ days after delivery (____ (Y) ____ (M) ____ (D)) 産後 日 (月 日)
Returned to Work 家事以外の労働開始	_____ days after delivery (____ (Y) ____ (M) ____ (D)) 産後 日 (月 日)	Resumption of Menstruation 月経再開	_____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日
Family Planning Guidance 家族計画指導	No / Yes (made by doctor/birth control counselor, midwife) なし・あり (医師・受胎調節実地指導員・助産師) _____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		

Development of the Newborn (First Week After Birth)

早期新生児期【生後1週間以内】の経過

Age (Days)* 日齢 ※	Weight (g) 体重 (g)	Nursing (Sucking) Ability 哺乳力	Jaundice 黄疸	Others その他
		Normal/Weak 普通・弱	None/Normal/Severe なし・普通・強	
		Normal/Weak 普通・弱	None/Normal/Severe なし・普通・強	

Administration of Vitamin K2 Syrup: Date
ビタミン K₂ シロップ投与 実施日 / /

Irregularities at Birth or after Birth: No
出生時またはその後の異常: なし

Yes (Treatment:)
あり (その処置)

Condition at Time of Hospital Discharge (on ___ (Y) ___ (M) ___ (D), ___ days after birth)

退院時の記録 (年 月 日 生後 日)

Weight: 体重	g g	Feeding Method: 栄養法:	Breastfeeding/Mixed/Formula 母乳・混合・人工乳
---------------	--------	-------------------------	--

Items for Observation:
引き続き観察を要する事項:

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

Tel. No.
電話

Development of the Newborn (from One to Four Weeks)

後期新生児期【生後1～4週】の経過

Age (Days)* 日齢 ※	Weight (g) 体重 (g)	Nursing (Sucking) Ability 哺乳力	Feeding Method 栄養法	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		Normal/Weak 普通・弱	Breastfeeding/Mixed/Formula 母乳・混合・人工乳	
		Normal/Weak 普通・弱	Breastfeeding/Mixed/Formula 母乳・混合・人工乳	

Record of Newborn Home Visit and Instruction

(on ___ (Y) ___ (M) ___ (D), ___ days after birth)

新生児訪問指導等の記録 (年 月 日 生後 日)

Age (Days)* 日齢 ※	Weight (g) 体重 (g)	Height (cm) 身長 (cm)	Circumference of Chest (cm) 胸囲 (cm)	Circumference of Head (cm) 頭囲 (cm)	Feeding Method 栄養法
					Breastfeeding/Mixed/Formula 母乳・混合・人工乳

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

Recommendations:
特記事項:

*Newborn's date of birth is counted as 0.
※生まれた当日を0日として数えること。

Record of Checkups

検査の記録

Type of Checkup 検査項目	Checkup Date 検査年月日	Remarks 備考
Congenital Metabolic Disorder Checkup 先天性代謝異常検査	(Year) (Month) (Day) 年 月 日	
Neonatal Hearing Checkup 新生児聴覚検査	(Year) (Month) (Day) 年 月 日	

When recording checkup results, please be sure to give the child's parents an explanation and get parental approval.
※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。

Notes and Observations

予備欄

Your Baby's Condition at One Month Old (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)
 保護者の記録【1か月頃】(年 月 日記録)

My child turned one month old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).
 年 月 日で1か月になりました。

- Does your baby actively move his/her arms and legs when being dressed or undressed?
 ○裸にすると手足をよく動かしますか。 Yes / No
はい / いいえ
 - Does your baby suck well?
 ○お乳をよく飲みますか。 Yes / No
はい / いいえ
 - Does your baby move his/her arms and legs or cry in response to a loud noise or sound?
 ○大きな音にビクッと手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか。 Yes / No
はい / いいえ
 - Is your baby's navel dry?
 ○おへそはかわいていますか。 Yes / No
はい / いいえ
 (Call your physician if it is moist or sticky.)
 (ジクジクしている時は医師にみてもらいましょう。)
 - Is there anyone you feel comfortable asking for advice about raising a child?
 ○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 Yes / No
はい / いいえ
 - Is there anything about raising a child that worries you or that you find particularly difficult?
 ○子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 No / Yes / Difficult to Say
いいえ / はい / 何ともいえない
- Use the space below to write down notes about your child's growth, any concerns about raising a child, any illness(es) that required medical attention, and any other comments that you have.
 ○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。

*Check the upcoming immunizations schedule.

※これからの予防接種のスケジュールを確認しましょう。

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

Check the color of your child's stool and compare it to the colors on the card in a well-lit place.

The color is near Nos. 1 through 3...

The color used to be near Nos. 4 through 7 but is getting closer to Nos. 1 through 3...

There is a chance of an illness such as biliary atresia in either of the abovementioned cases. Please have your child examined by a pediatrician or pediatric surgeon as soon as possible.

Stool Color Record
 (write down the date and the applicable color number)

Two weeks of age			
(Year)	(Month)	(Day)	No.
One month of age			
(Year)	(Month)	(Day)	No.
One through four months of age			
(Year)	(Month)	(Day)	No.

You should pay close attention to the color of your child's stool until he/she is about four months of age. If your child's skin or the whites of the eyes are still yellow after two weeks of age, or if his or her urine is a deep yellow, please consult a doctor immediately.

うんちの色に注意しましょう
 明るいところでカードの色と見比べてください。

1番～3番に近い色だと思おう

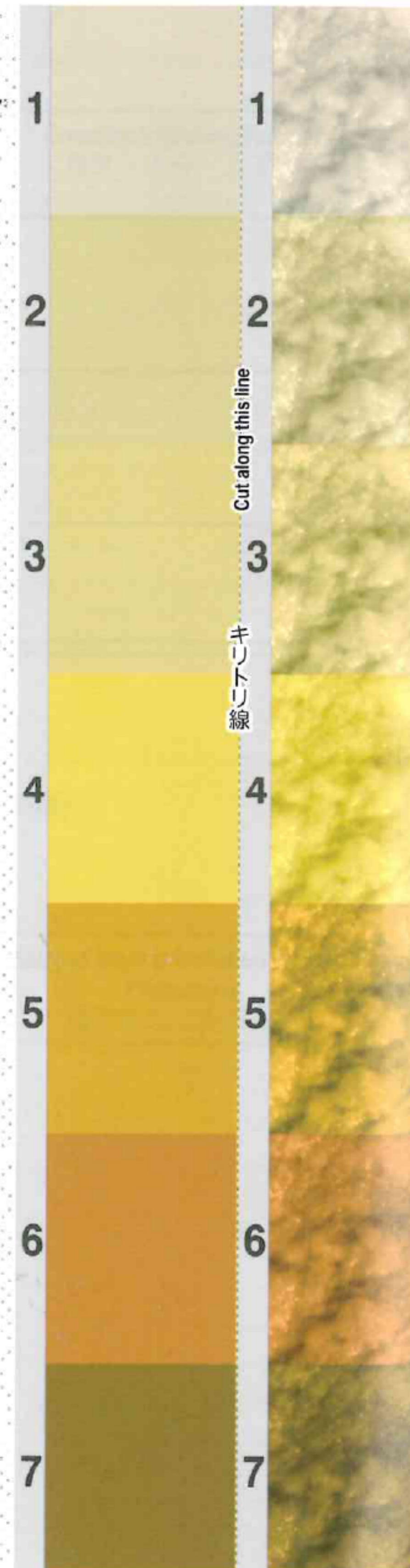
4番～7番だったのが1番～3番に近くなった

どちらかが当てはまるときは、胆道閉鎖症などの病気の可能性がありますので、1日も早く小児科医、小児外科医等の診察を受けてください。

便色の記入欄 (観察日と右欄に当てはまる番号)

生後2週			
年	月	日	番
生後1か月			
年	月	日	番
生後1～4か月			
年	月	日	番

生後4か月くらいまでは、うんちの色に注意が必要です。生後2週を過ぎても皮膚や白目(しろめ)が黄色い場合、おしっこが濃い黄色の場合にも、すぐに医師等に相談しましょう。



Health Checkup for Your Baby at One Months Old

1 か月児健康診査

(Examination held on _____ (Year) _____ (Month) _____ (Day) at the age of _____ month _____ days.)
 (_____ 年 _____ 月 _____ 日実施・ _____ か月 _____ 日)

Weight: _____ g 体重	Height: _____ cm 身長
Circumference of Chest: _____ cm 胸囲	Circumference of Head: _____ cm 頭囲
Diet: _____ 栄養状態:	Feeding Method: _____ 栄養法:

General Health: Healthy/Requires Monitoring
 健康・要観察:

Recommendations:
 特記事項:

Name of Medical Institution or Health Professional:
 施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Checkup

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age (in months) 月齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 特記事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		g	cm		

Your Baby's Condition at Three to Four Months Old (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)
 保護者の記録【3～4か月頃】(年 月 日記録)

- When was your child able to hold his/her head upright? (Month) (Day)
 ○首がすわったのはいつですか。 (月 日頃)
 ("Holding the head upright" means the child is able to hold his/her head steady without support.)
 (「首がすわる」とは、支えなしで首がぐらつかない状態をいいます。)
- Does your baby laugh or smile when you touch or hold him/her? Yes / No
 ○あやすとよく笑いますか。 はい いいえ
- Is there anything unusual in your baby's eye movement or expression? Yes / No
 ○目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。 いいえ はい
- Does your baby try to look in the direction of your voice when you call him/her from a place out of the baby's sight? Yes / No
 ○見えない方向から声をかけてみると、そちらの方を見ようとしますか。 はい いいえ
- Do you take your baby out in the fresh air? Yes / No
 ○外気浴をしていますか。 はい いいえ
 (Walk outside with your child on a nice day.)
 (天気の良い日に薄着で散歩するなどしてあげましょう。)
- Is there anyone you feel comfortable asking for advice about raising a child? Yes / No
 ○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
- Is there anything about raising a child that worries you or that you find particularly difficult? No / Yes / Difficult to Say
 ○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
- Use the space below to write down notes about your child's growth, any concerns about raising a child, any illness(es) that required medical attention, and any other comments that you have.
 ○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。

Health Checkup for Your Baby at Three to Four Months Old

3～4か月児健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ month ____ days.)
 (年 月 日実施・ 月 日)

Weight: 体重 g	Height: 身長 cm
Circumference of Chest: 胸囲 cm	Circumference of Head: 頭囲 cm
Diet: 栄養状態: Good/Needs advice 良・要指導	Feeding Method: 栄養法: Breastfeeding/Mixed/Formula 母乳・混合・人工乳

Hip Joint: Normal/Signs of Dislocation
 股関節開排制限: なし・あり

General Health: Healthy/Requires Monitoring
 健康・要観察:

Recommendations:
 特記事項:

Name of Medical Institution or Health Professional:
 施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Checkup

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age (in months) 月齢	Weight 体重 g	Height 身長 cm	Recommendation 特記事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名

Your Baby's Condition at Six to Seven Months Old (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)
 保護者の記録【6～7か月頃】(____ 年 ____ 月 ____ 日記録)

- When was your child able to turn over? (____ (Month) ____ (Day))
 寝返りをしたのはいつですか。 (____ 月 ____ 日頃)
- When was your child able to sit up by himself/herself without help? (____ (Month) ____ (Day))
 ひとりでおすわりをしたのはいつですか (____ 月 ____ 日頃)
 ("Sit up by himself/herself" means the child is able to sit up without any support.)
 (「ひとりすわり」とは、支えなくてもすわれることをいいます。)
- Does your baby reach for toys near him/her? Yes / No
 からだのそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか。 はい いいえ
- Does your baby babble when he/she is with the family? Yes / No
 家族といっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか。 はい いいえ
- Does your baby turn his/her head when the TV or radio is on? Yes / No
 テレビやラジオの音がしはじめると、すぐそちらを見ますか。 はい いいえ
- Has your baby started eating solid food? Yes / No
 離乳食を始めましたか。 はい いいえ
 (One month after your baby starts eating solid food, begin giving him/her a variety of solid food two times a day. From age seven or eight months, the food given to your baby should be soft and able to be mashed by his/her tongue.)
 (離乳食を始めて1か月位したら1日2回食にし、食品の種類をふやしていきましょう。7、8か月頃から舌でつぶせる固さにします。)
- Do your baby's pupils look white or yellowish-green? No / Yes
 ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがありますか。 ※ いいえ はい
- Is there anyone you feel comfortable asking for advice about raising a child? Yes / No
 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
- Is there anything about raising a child that worries you or that you find particularly difficult? No / Yes / Difficult to Say
 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
- Use the space below to write down notes about your child's growth, any concerns about raising a child or how to wean a child, any illness(es) that required medical attention, and any other comments that you have.
 成長の様子、育児の心配、かかった病気、離乳食の心配、感想などを自由に記入しましょう。

* If your baby's pupils are this color you should see an eye doctor (ophthalmologist) to check for eye disease.
 ※ ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりするときは眼の病気の心配があります。すぐに眼科医の診察を受けましょう。

Health Checkup for Your Baby at Six to Seven Months Old

6～7か月児健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ month ____ days.)
 (____ 年 ____ 月 ____ 日実施・ ____ か月 ____ 日)

Weight: g 体重	Height: cm 身長
Circumference of Chest: cm 胸囲	Circumference of Head: cm 頭囲
Diet: Good/Needs advice 栄養状態: 良・要指導	Feeding Method: Breastfeeding/Mixed/Formula 栄養法: 母乳・混合・人工乳
Preparation for Weaning: Started/Not Yet Started 離乳: 開始・未開始	Number of Teeth: ____ 歯 本
Condition of the Mouth*: Normal/Abnormal or Diseased (____) 口の中の疾患や異常※: なし・あり (____)	

General Health: Healthy/Requires Monitoring
 健康・要観察:

Recommendations:
 特記事項:

Name of Medical Institution or Health Professional:
 施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Checkup

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age (in months) 月齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 特記事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		g	cm		

* Diseases of the mouth include tooth decay, gum disease or occlusion.
 ※口の中の疾患や異常は、むし菌、歯ぐきの病気、かみ合わせの不具合等を含みます。

Your Baby's Condition at Nine to Ten Months Old (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)

保護者の記録【9～10か月頃】(年 月 日記録)

- When was your child able to crawl? (Month) (Day)
○はいはいをしたのはいつですか。 (月 日頃)
- When was your child able to rise to a standing position? (Month) (Day)
○つかまり立ちをしたのはいつですか。 (月 日頃)
- Does he/she pick up small objects with his/her fingers? Yes / No
○指で、小さい物をつまみますか。 はい いいえ

(Make sure that your baby does not play with small objects which could be swallowed [i.e., cigarettes, peanuts] or cause choking.)
(たばこや豆などの異物誤飲に注意しましょう。)

- Does your baby like to play by himself/herself? Yes / No
○機嫌よくひとり遊びができますか。 はい いいえ
- Can your baby eat solid foods? Yes / No
○離乳食は順調にすすんでいますか。 はい いいえ

(Give your baby solid food three times a day. From nine months on the food should be mashable by the baby's gums.)
(離乳食を1日3回食にし、9か月頃から歯ぐきでつぶせる固さにします。)

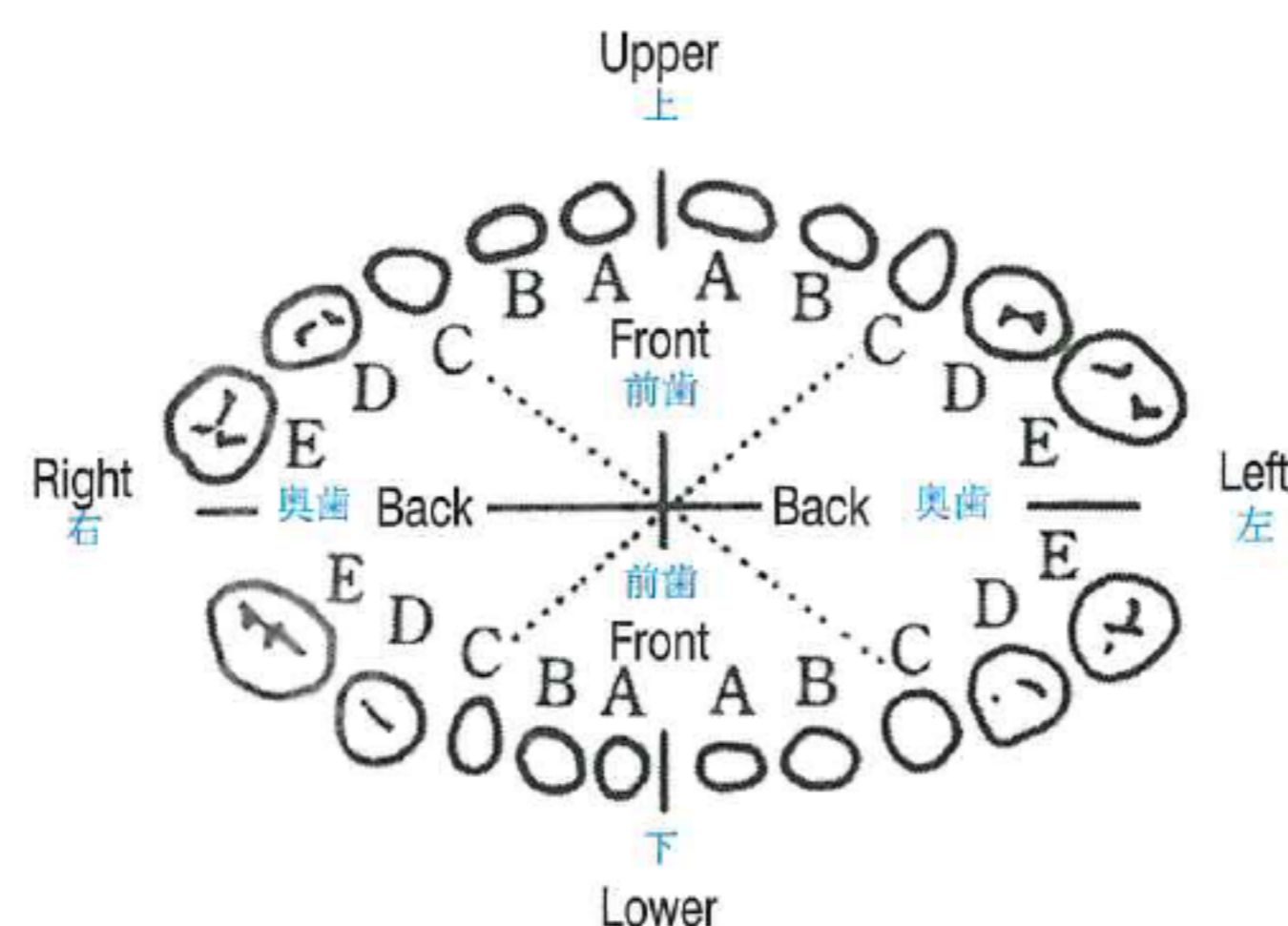
- Does your baby turn around when you whisper to him/her? Yes / No
○そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか。 はい いいえ
- Does your baby try to follow you? Yes / No
○後追いをしますか。 はい いいえ
- Are you worried about the way your baby's teeth are coming in, their shape/color or about the baby's gums? Yes / No
○歯の生え方、形、色、歯肉などについて、気になることがありますか。 いいえ はい
- Is there anyone you feel comfortable asking for advice about raising a child? Yes / No
○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
- Is there anything about raising a child that worries you or that you find particularly difficult? No / Yes / Difficult to say
○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

• Use the space below to write down notes about your child's growth, any concerns about raising a child, any illness(es) that required medical attention, and any other comments that you have.
○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。

Record the dates when your baby's teeth come in.
歯の生えた月日を右の図に記入しましょう。

(First tooth came in: ____ month)
(生え始め: ____ か月)

Please mark an "x" on the diagram for any decayed or abnormal teeth.
むし歯など歯の異常に気づいたら、右の図に×印をつけておきましょう。



Health Check-up for Your Baby at Nine to Ten Months Old

9～10か月児健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ month ____ days.)

(年 月 日実施: 年月 日)

Weight: g 体重	Height: cm 身長
Circumference of Chest: cm 胸囲	Circumference of Head: cm 頭囲
Diet: Good/Needs advice 栄養状態: 良・要指導	Meals: (feeding solid food): ____ times/day 離乳食は1日 ____ 回
Number of Teeth: ____ 歯 () 本	Condition of the Mouth: Normal/Abnormal or Diseased () 口の中の疾患や異常: なし・あり ()

General Health: Healthy/Requires Monitoring
健康・要観察:

Recommendations:
特記事項:

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Checkup

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)

(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age (in months) 月齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 特記事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		g	cm		

Your Child's Condition at One Year (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)
 保護者の記録【1歳の頃】(年 月 日記録)

My child turned one year old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).
 年 月 日で1歳になりました。

Write a birthday greeting from both parents to your child in the space below to commemorate his/her first birthday.
 両親から1歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- When was your child able to walk while holding on to something for support? (Month) (Day)
 つたい歩きをしたのはいつですか。 (月 日頃)
- Does your child wave goodbye or greet you? Yes / No
 バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか。 はい いいえ
- Does your child move his/her body to music? Yes / No
 音楽に合わせて、からだを楽しそうに動かしますか。 はい いいえ
- Does your child understand simple commands such as "Come here" or "Give me"? Yes / No
 大人の言う簡単なことば(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか。 はい いいえ
- If you point to a toy in a distant part of the room, does your child look in that direction? Yes / No
 部屋の離れたところにあるおもちゃを指さすと、その方向を見ますか。 はい いいえ
- Does your child seem to enjoy playing with you? Yes / No
 一緒に遊ぶと喜びますか。 はい いいえ
- What activities does your child like to do? (For example: _____)
 どんな遊びが好きですか。(遊びの例: _____)
- Does your child eat three times a day regularly? Yes / No
 1日3回の食事のリズムがつかえましたか。 はい いいえ
 (To prevent cavities and a loss of appetite, do not give your child too many sweet foods or sugary drinks.)
 (食欲をなくさぬよう、また、むし歯予防のために、砂糖の多い飲食物を控えましょう。)
- Have you started letting your child practice brushing his/her teeth? Yes / No
 歯磨きの練習をはじめていますか。 はい いいえ
- Is there anyone you feel comfortable asking for advice about raising a child? Yes / No
 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
- Is there anything about raising a child that worries you or that you find particularly difficult? No / Yes / Difficult to Say
 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
- Use the space below to write down notes about your child's growth, any concerns about raising a child, any illness(es) that required medical attention, and any other comments that you have.
 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。

Health Checkup for Your Child at One Year Old

1歳児健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)
 (年 月 日実施・ 歳 か月)

Weight: g 体重	Height: cm 身長
Circumference of Chest: cm 胸囲	Circumference of Head: cm 頭囲
Diet: Good/Needs Advice 栄養状態: 良・要指導	Breastfeeding: Stopped/Still Breastfeeding 母乳: 飲んでいない・飲んでいる
() meals per day, () snacks per day 1日に食事()回、間食(おやつ)()回	Eyes (Eye Position, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 目の異常(眼位異常・その他): なし・あり・疑()

General Health: Healthy/Requires Monitoring
 健康・要観察:

Overall Dental Health 歯の状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Teeth: Healthy/Need Treatment (No. of Teeth: _____) 要治療のむし歯: なし・あり(本)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ: きれい・少ない・多い Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜: 異常なし・あり() Occlusion: Normal/Abnormal かみ合わせ: よい・経過観察 (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)

Recommendations:
 特記事項:

Name of Medical Institution or Health Professional:
 施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Checkup

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)

(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age 年齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 特記事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		g	cm		

Fill out this page before 18 months health checkup.

このページは1歳6か月児健康診査までに記入しておきましょう。

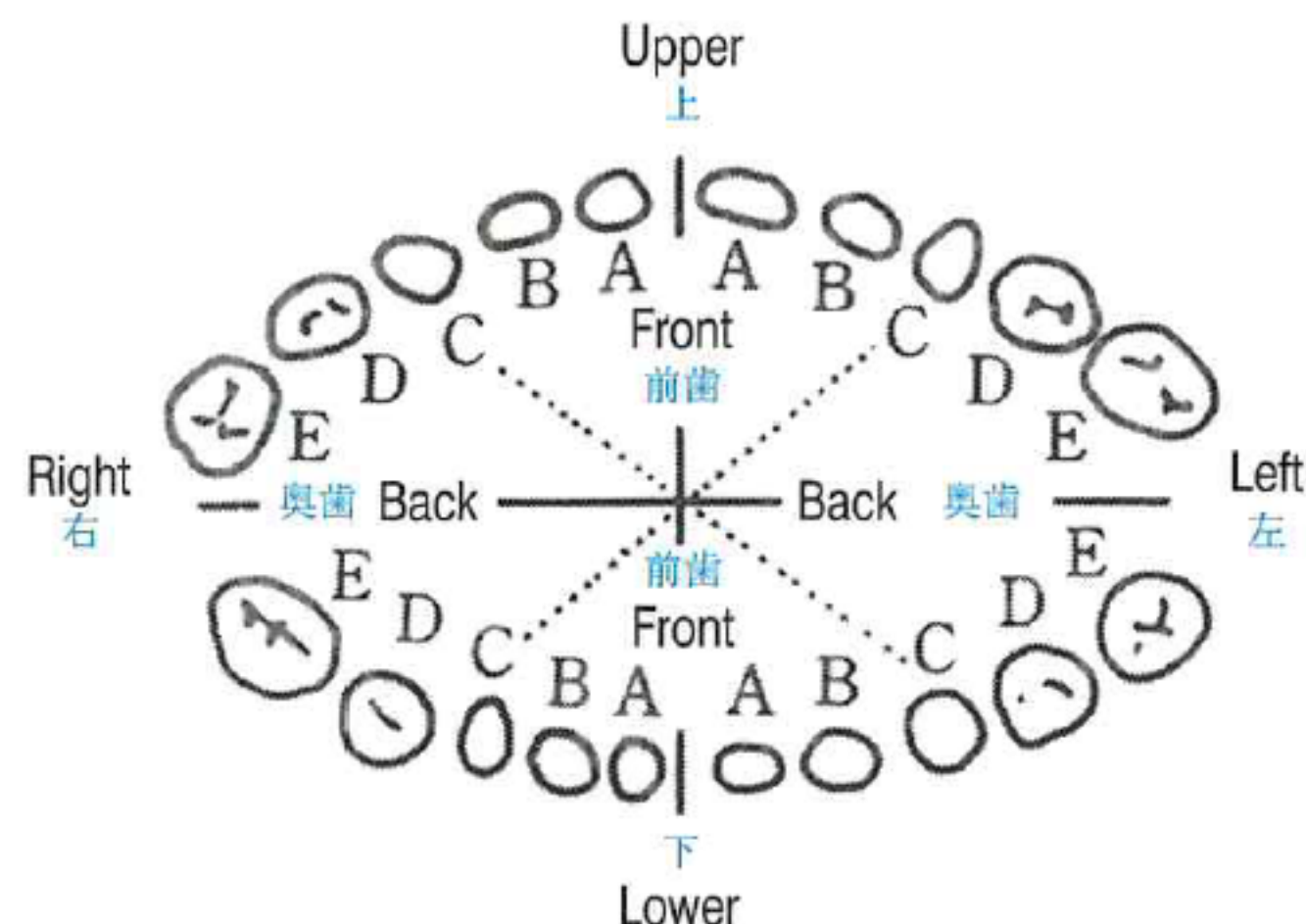
Your Child's Condition at 18 Months (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)
保護者の記録【1歳6か月の頃】(年 月 日頃)

- When was your child able to walk unassisted? (Month) (Day)
○ひとり歩きをしたのはいつですか。(月 日頃)
- Does your child utter meaningful words such as "mama" or "bye-bye"? Yes / No
○ママ、ブーブーなど意味のあることばをいくつか話しますか。はい いいえ
- Can your child drink water from a cup by himself/herself? Yes / No
○自分でコップを持って水を飲めますか。はい いいえ
- Is your child still drinking from a bottle? No / Yes
○哺乳ビンを使っていますか。いいえ はい

(To prevent tooth decay, your child should stop drinking from a bottle.)
(いつまでも哺乳ビンを使って飲むのは、むし歯につながるおそれがあるので、やめるようにしましょう。)

- Do you give your baby meals and snacks at a generally set time? Yes / No
○食事や間食(おやつ)の時間はだいたい決まっていますか。はい いいえ
- Does a parent/guardian complete the task of brushing the baby's teeth by giving a final thorough brushing? Yes / No
○歯の仕上げみがきをしてあげていますか。はい いいえ
- Does your child appear to have any strange eye movements or be overly sensitive to light? No / Yes
○極端にまぶしがったり、目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。※ いいえ はい
- Does your child look back when you call his/her name from behind? Yes / No
○うしろから名前を呼んだとき、振り向きませんか。はい いいえ
- What activities does your child like to do? (For example: _____)
○どんな遊びが好きですか。(遊びの例: _____)
- Do you apply fluoride to your child's teeth or use fluoridated toothpaste? Yes / No
○歯にフッ化物(フッ素)の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか。はい いいえ
- Is there anyone you feel comfortable asking for advice about raising a child? Yes / No
○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
- Is there anything about raising a child that worries you or that you find particularly difficult? No / Yes / Difficult to Say
○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
- Use the space below to write down notes about your child's growth, any concerns about raising a child, any illness(es) that required medical attention, and any other comments that you have.
○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。

Please mark an "x" on the diagram for any decayed or abnormal teeth.
むし歯など歯の異常に気づいたら右の図に×印をつけておきましょう



*If your child is sensitive to light when outdoors or tends to look at things with his/her eyes half closed or neck tilted, it may indicate a vision problem. It would be wise to consult a doctor.

※外に出た時に極端にまぶしがったり、目を細めたり、首を傾けたりするときには、目に異常がある可能性がありますので、医師に相談しましょう。

Since health checkups for 18-month-olds are conducted in all municipalities across Japan, please be sure to have your child undergo one. 1歳6か月児健康診査は、全ての市区町村で実施されていますので、必ず受けましょう。

Health Checkup for Your Child at 18 Months Old

1歳6か月児健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)
(年 月 日実施・ 歳 か月)

Weight: 体重	kg	Height: 身長	cm
Circumference of Chest: 胸囲	cm	Circumference of Head: 頭囲	cm
Diet: 栄養状態: 良・要指導	Breastfeeding: 母乳: 飲んでいない・飲んでいる	Stopped/Still breastfeeding	Fully Weaned: 離乳: 完了・未完了

Eyes (Eye Position, Vision, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality ()
目の異常(眼位異常・視力・その他): なし・あり・疑 ()

Ears (Hearing, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality ()
耳の異常(難聴・その他): なし・あり・疑 ()

Immunizations (Circle the immunizations that have been received.):
予防接種(受けているものに○を付ける。):

Haemophilus influenzae type b (Hib)	Streptococcus pneumoniae	Diphtheria
Pertussis	Tetanus	Polio
BCG	Measles	Rubella
Hib	小児用肺炎球菌	ジフテリア
百日せき	破傷風	ポリオ
BCG	麻疹	風しん

General Health: Healthy/Requires Monitoring
健康・要観察:

Overall Dental Health 歯の状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Caries Attack Pattern: O ₁ O ₂ A B C むし歯の罹患型: O ₁ O ₂ A B C Teeth: Healthy/Need Treatment (No. of Teeth: _____) 要治療のむし歯: なし・あり (本) Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ: きれい・少ない・多い Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜: 異常なし・あり () Occlusion: Normal/Abnormal かみ合わせ: よい・経過観察 (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

Recommendations:
特記事項:

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Checkup

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date	Age	Weight	Height	Recommendation	Name of Medical Institution or Health Professional
年月日	年齢	体重	身長	特記事項	施設名又は担当者名
		kg	cm		

*Caries attack pattern: O₁= Teeth are clean and there is no decay. O₂= No decay but teeth are not clean. A= Decay in either upper front or back teeth. B= Decay in both upper front and back teeth. C= Decay also in lower teeth.

※むし歯の罹患型 O₁: むし歯なし、歯もきれい O₂: むし歯なし、歯の汚れ多い A: 奥歯または前歯にむし歯 B: 奥歯と前歯にむし歯 C: 下前歯にもむし歯

Your Child's Condition at Two Years (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)
保護者の記録【2歳の頃】(年 月 日記録)

My child turned two years old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).
年 月 日で2歳になりました。

Write a birthday greeting from both parents to your child in the space below to commemorate his/her second birthday.
両親から2歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- Can your child run? **Yes / No**
○走ることができますか。 **はい / いいえ**
 - Does your child feed himself/herself with a spoon? **Yes / No**
○スプーンを使って自分で食べますか。 **はい / いいえ**
 - Does your child play by stacking blocks to build a tower or line the blocks in a row like a train? **Yes / No**
○積木で塔のようなものを作ったり、横に並べて電車などにみたくて遊ぶことをしますか。 **はい / いいえ**
 - Does your child imitate adults or TV performers or characters? **Yes / No**
○テレビや大人の身振りのまねをしますか。 **はい / いいえ**
 - Does your child speak in simple sentences? (i.e., "Me hungry" or "Dog come") **Yes / No**
○2語文(ワンワン キタ、マンマ チョウダイ)などを言いますか。 **はい / いいえ**
 - Does your child eat meat or high-fiber vegetables? **Yes / No**
○肉や繊維のある野菜を食べますか。 **はい / いいえ**
 - Does a parent/guardian complete the task of brushing the baby's teeth by giving a final thorough brushing? **Yes / No**
○歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 **はい / いいえ**
 - What activities does your child like to do? (For example: _____)
○どんな遊びが好きですか。(遊びの例: _____)
 - Is there anyone you feel comfortable asking for advice about raising a child? **Yes / No**
○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**
 - Is there anything about raising a child that worries you or that you find particularly difficult? **No / Yes / Difficult to Say**
○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**
- Use the space below to write down notes about your child's growth, any concerns about raising a child, any illness(es) that required medical attention, and any other comments that you have.
○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。

Health Checkup for Your Child at Two Years Old

2歳児健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)
(年 月 日実施・ 歳 か月)

Weight: kg 体重	Height: cm 身長
Circumference of Head: cm 頭囲	Body Type: Heavy/Average/Thin 栄養状態: ふとり気味・普通・やせ気味
Eyes (Eye Position, Vision, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 目の異常(眼位異常・視力・その他): なし・あり・疑 ()	Ears (Hearing, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 耳の異常(難聴・その他): なし・あり・疑 ()

General Health: Healthy/Requires Monitoring
健康・要観察:

Overall Dental Health 歯の状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Caries Attack Pattern: O ₁ O ₂ A B C むし歯の罹患型: O ₁ O ₂ A B C Teeth: Healthy/Need Treatment (No. of Teeth: _____) 要治療のむし歯: なし・あり (本) Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ: きれい・少ない・多い Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜: 異常なし・あり () Occlusion: Normal/Abnormal かみ合わせ: よい・経過観察 (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

Recommendations:
特記事項:

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Checkup

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age 年齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 特記事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		kg	cm		

Please fill in this page before your child's health checkup at three years.

このページは3歳児健康診査までに記入しておきましょう。

Your Child's Condition at Three Years (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)
保護者の記録【3歳の頃】(年 月 日記録)

My child turned three years old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).
年 月 日で3歳になりました。

Write a birthday greeting from both parents to your child in the space below to commemorate his/her third birthday.
両親から3歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- Does your child easily climb the stairs without using his/her hands? **Yes / No**
○手を使わずにひとりで階段をのぼれますか。 **はい / いいえ**
- Does your child draw circles with crayons? **Yes / No**
○クレヨンなどで丸(円)を書きますか。 **はい / いいえ**
- Does your child want to dress and undress by himself/herself? **Yes / No**
○衣服の着脱をひとりでできますか。 **はい / いいえ**
- Can your child say his/her own name? **Yes / No**
○自分の名前が言えますか。 **はい / いいえ**
- Does your child usually brush his/her teeth and wash his/her hands? **Yes / No**
○歯みがきや手洗いをしていますか。 **はい / いいえ**
- Does a parent/guardian complete the task of brushing the baby's teeth by giving a final thorough brushing? **Yes / No**
○歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 **はい / いいえ**
- Does your child always suck his/her thumb? **No / Yes**
○いつも指しゃぶりをしていますか。 **いいえ / はい**
- Does your child always chew his/her food well? **Yes / No**
○よくかんで食べる習慣はありますか。 **はい / いいえ**
- Does your child appear to be cross-eyed? **No / Yes**
○斜視はありますか。 **いいえ / はい**
- Does your child move closer to or squint when he/she looks at an object? **No / Yes**
○物を見るとき目を細めたり、極端に近づけて見たりしますか。 **いいえ / はい**
- Does your child's hearing appear to be poor? **No / Yes**
○耳の聞こえが悪いのではないかと気になりますか。 **いいえ / はい**
- Is there anything about your child's bite (occlusion) or teeth alignment that worries you? **No / Yes**
○かみ合わせや歯並びで気になることがありますか。 **いいえ / はい**
- Do you apply fluoride to your child's teeth or use fluoridated toothpaste? **Yes / No**
○歯にフッ化物(フッ素)の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか。 **はい / いいえ**
- Does your child like to play "house," "heroes" or "pretend"? **Yes / No**
○ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか。 **はい / いいえ**
- Does your child have friends to play with? **Yes / No**
○遊び友だちがいますか。 **はい / いいえ**
- Is there anyone you feel comfortable asking for advice about raising a child? **Yes / No**
○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**
- Is there anything about raising a child that worries you or that you find particularly difficult? **No / Yes / Difficult to Say**
○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**
- Use the space below to write down notes about your child's growth, any concerns about raising a child, any illness(es) that required medical attention, and any other comments that you have.
○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。

Since health checkups for three-year-olds are conducted in all municipalities across Japan, please be sure to have your child undergo one.
3歳児健康診査は、全ての市区町村で実施されていますので、必ず受けましょう。

Health Checkup for Your Child at Three Years Old

3歳児健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)
(年 月 日実施・ 歳 か月)

Weight: 体重	kg	Height: 身長	cm
Circumference of Head: 頭囲	cm	Body Type: 栄養状態:	Heavy/Average/Thin ふとり気味・普通・やせ気味
Eyes (Eye Position, Vision, etc.): 目の異常(眼位異常・視力・その他):	Normal/Abnormal/Possible Abnormality () なし・あり・疑 ()	Ears (Hearing, etc.): 耳の異常(難聴・その他):	Normal/Abnormal/Possible Abnormality () なし・あり・疑 ()
Immunizations (Circle the immunizations that have been received.): Haemophilus influenzae type b (Hib) Streptococcus pneumoniae Diphtheria Pertussis Tetanus Polio BCG Measles Rubella Japanese Encephalitis 予防接種(受けているものに○を付ける。): Hib 小児用肺炎球菌 ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ BCG 麻しん 風しん 日本脳炎			

General Health: Healthy/Requires Monitoring
健康・要観察:

Overall Dental Health 歯の状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Caries Attack Pattern: O A B C ₁ C ₂ むし歯の罹患型: O A B C ₁ C ₂ Teeth: Healthy/Need Treatment (No. of Teeth: _____) 要治療のむし歯: なし・あり (本) Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ: きれい・少ない・多い Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜: 異常なし・あり () Occlusion: Normal/Abnormal かみ合わせ: よい・経過観察 (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

Recommendations:
特記事項:

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Checkup

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)

(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age 年齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 特記事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		kg	cm		

Caries Attack Pattern: O = No decayed teeth. A = Decayed teeth in either front or back. B = Decayed teeth in both front and back. C1 = Decayed teeth in lower front. C2 = Decayed teeth in lower front and other areas

※むし歯の罹患型 O: むし歯なし A: 奥歯または前歯にむし歯 B: 奥歯と前歯にむし歯 C1: 下前歯がむし歯 C2: 下前歯やその他にむし歯

Your Child's Condition at Four Years (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)
保護者の記録【4歳の頃】(年 月 日記録)

My child turned four years old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).
年 月 日で4歳になりました。

Write a birthday greeting from both parents to your child in the space below to commemorate his/her fourth birthday.
両親から4歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- Does your child jump down from the second or third step of a staircase? **Yes / No**
○階段を2、3段の高さからとびおろすようなことをしますか。 **はい いいえ**
- Does your child hop on one leg? **Yes / No**
○片足でケンケンをしてとびますか。 **はい いいえ**
- Does your child tell either/both parents about his/her experiences? **Yes / No**
○自分の経験したことをお母さんやお父さんに話しますか。 **はい いいえ**
- Can your child copy a drawing of criss-cross lines? **Yes / No**
○お手本を見て十字が描けますか。 **はい いいえ**
- Can your child use scissors well? **Yes / No**
○はさみを上手に使えますか。 **はい いいえ**
- Can your child dress and undress himself/herself? **Yes / No**
○衣服の着脱ができますか。 **はい いいえ**
- Does your child play make-believe games with his/her friends? **Yes / No**
○友だちと、ごっこ遊びをしますか。 **はい いいえ**
- Does your child brush his/her teeth, rinse his/her mouth and wash his/her hands? **Yes / No**
○歯みがき、口ゆすぎ(ぶくぶくうがい)、手洗いをしますか。 **はい いいえ**
- Does a parent/guardian complete the task of brushing the baby's teeth by giving a final thorough brushing? **Yes / No**
○歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 **はい いいえ**
- Does your child always suck his/her thumb? **No / Yes**
○いつも指しゃぶりをしていますか。 **いいえ はい**
- Is your child "picky" about food? **No / Yes**
○食べ物の好き嫌いはありますか。 **いいえ はい**
(Example of what your child does not like: _____)
(嫌いなものの例: _____)
- Does your child use the toilet by himself/herself to urinate? **Yes / No**
○おしっこをひとりでしますか。 **はい いいえ**
- Is there anyone you feel comfortable asking for advice about raising a child? **Yes / No**
○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**
- Is there anything about raising a child that worries you or that you find particularly difficult? **No / Yes / Difficult to Say**
○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**
- Use the space below to write down notes about your child's growth, any concerns about raising a child, any illness(es) that required medical attention, and any other comments that you have.
○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。

Health Checkup for Your Child at Four Years Old

4歳児健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)
(年 月 日実施・ 歳 か月)

Weight: kg 体重	Height: cm 身長
Circumference of Head: cm 頭囲	Body Type: Heavy/Average/Thin 栄養状態: ふとり気味・普通・やせ気味

Eyes (Eye Position, Vision: Right () Left (), others): Normal/Abnormal/Possible Abnormality ()
目の異常(眼位異常・視力: 右()・左()・その他): なし・あり・疑()

Ears (Hearing, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality ()
耳の異常(難聴・その他): なし・あり・疑()

General Health: Healthy/Requires Monitoring
健康・要観察:

Overall Dental Health 歯の状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Teeth: Healthy/Need Treatment (No. of Teeth: _____) 要治療のむし歯: なし・あり(本)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ: きれい・少ない・多い Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜: 異常なし・あり() Occlusion: Normal/Abnormal かみ合わせ: よい・経過観察 (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)

Recommendations:
特記事項:

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Checkup

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)

(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age 年齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 特記事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		kg	cm		

Your Child's Condition at Five Years (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)
 保護者の記録【5歳の頃】(年 月 日記録)

My child turned five years old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).
 年 月 日で5歳になりました。

Write a birthday greeting from both parents to your child in the space below to commemorate his/her fifth birthday.
 両親から5歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- Can your child do somersaults?
でんぐり返しができますか。 **Yes / No**
 はい / いいえ
- Can your child draw pictures from memory?
思い出して絵を書くことができますか。 **Yes / No**
 はい / いいえ
- Can your child identify the colors, red, yellow, green and blue?
色(赤、黄、緑、青)がわかりますか。 **Yes / No**
 はい / いいえ
- Does your child speak using correct pronunciation?
はっきりした発音で話ができますか。 **Yes / No**
 はい / いいえ
- Does your child use the toilet by himself/herself for bowel movements?
うんちをひとりですますか。 **Yes / No**
 はい / いいえ
- Does your child enjoy group activities at his/her kindergarten or day care center?
幼稚園、保育所などの集団生活になじみ、楽しく過ごしていますか。 **Yes / No**
 はい / いいえ
- Does your child appear to consider the feelings of others or show a love of flowers and animals?
動物や花をかわいがったり、他人を思いやる気持ちを持ったりしているようですか。 **Yes / No**
 はい / いいえ
- Does your child eat with the family?
家族と一緒に食事を食べていますか。 **Yes / No**
 はい / いいえ
- Does a parent/guardian complete the task of brushing the baby's teeth by giving a final thorough brushing?
歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 **Yes / No**
 はい / いいえ
- Does your child always suck his/her thumb?
いつも指しゃぶりをしていますか。 **No / Yes**
 いいえ / はい
- When you read a story to your child, does he/she understand the content?
お話を読んであげるとその内容が分かるようになりましたか。 **Yes / No**
 はい / いいえ
- Is there anyone you feel comfortable asking for advice about raising a child?
子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 **Yes / No**
 はい / いいえ
- Is there anything about raising a child that worries you or that you find particularly difficult?
子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 **No / Yes / Difficult to Say**
 いいえ / はい / 何ともいえない
- Use the space below to write down notes on your child's growth, any concerns about raising a child, any illness(es) that required medical attention, and any other comments that you have.
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。

Health Checkup for Your Child at Five Years Old

5歳児健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)
 (年 月 日実施・ 歳 か月)

Weight: 体重	kg	Height: 身長	cm
Circumference of Head: 頭囲	cm	Body Type: 栄養状態: ふとり気味・普通・やせ気味	Heavy/Average/Thin
Eyes (Eye Position, Vision: Right () Left (), Others): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 目の異常(眼位異常・視力:右()・左()・その他):なし・あり・疑()			
Ears (Hearing, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 耳の異常(難聴・その他):なし・あり・疑()			

General Health: Healthy/Requires Monitoring
 健康・要観察:

Overall Dental Health 歯の状態	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	Teeth: Healthy/Need Treatment 要治療のむし歯:なし・あり (Baby Teeth: 乳歯 Permanent Teeth: 永久歯)
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ:きれい・少ない・多い
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜:異常なし・あり()
	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	Occlusion: Normal/Abnormal かみ合わせ:よい・経過観察 Condition of the Mouth () 歯・口腔の疾病異常:() (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)

Recommendations:
 特記事項:

Name of Medical Institution or Health Professional:
 施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Checkup

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age 年齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 特記事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		kg	cm		

Your Child's Condition at Six Years (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)
保護者の記録【6歳の頃】(年 月 日記録)

My child turned six years old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).
年 月 日で6歳になりました。

Write a birthday greeting from parents to the child in the space below to commemorate his/her sixth birthday.
両親から6歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- Can your child stand for five to ten seconds on one leg?
○片足で5～10秒間立っていられますか。 **Yes / No**
はい / いいえ
 - Can your child draw a square?
○四角の形をまねて、書けますか。 **Yes / No**
はい / いいえ
 - Does your child understand which is his/her left and right, front and back?
○自分の「前後」「左右」がおおよそわかりますか。 **Yes / No**
はい / いいえ
 - Can your child read or write his/her name?
○ひらがなの自分の名前を読んだり、書いたりできますか。 **Yes / No**
はい / いいえ
 - Is your child able to control his/her temper even when he/she wants a toy or a snack?
○おもちゃやお菓子などをほしくても我慢できるようになりましたか。 **Yes / No**
はい / いいえ
 - Does your child abide by the rules and regulations in games?
○約束やルールを守って遊べますか。 **Yes / No**
はい / いいえ
 - Has your child's first permanent tooth come in?
○第一大臼歯(乳歯列の奥に生える永久歯)は生えましたか。 **Yes / No**
はい / いいえ
 - Does a parent/guardian complete the task of brushing the baby's teeth by giving a final thorough brushing?
○歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 **Yes / No**
はい / いいえ
 - Does your child have breakfast every morning?
○朝食を毎日食べますか。 **Yes / No**
はい / いいえ
 - Is there anyone you feel comfortable asking for advice about raising a child?
○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 **Yes / No**
はい / いいえ
 - Is there anything about raising a child that worries you or that you find particularly difficult?
○子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 **No / Yes / Difficult to Say**
いいえ / はい / 何ともいえない
- Use the space below to write down notes on your child's growth, any concerns about raising a child, any illness(es) that required medical attention, and any other comments that you have.
○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。

Health Checkup for Your Child at Six Years Old

6歳児健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)
(年 月 日実施・ 歳 か月)

Weight: 体重	kg	Height: 身長	cm
Circumference of Head: 頭囲	cm	Body Type: 栄養状態:	Heavy/Average/Thin ふとり気味・普通・やせ気味
Eyes (Eye Position, Vision: Right () Left (), Others): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 目の異常(眼位異常・視力:右()・左()・その他):なし・あり・疑()			
Ears (Hearing, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 耳の異常(難聴・その他):なし・あり・疑()			
Immunizations (Circle the immunizations that have been received.): 予防接種(受けているものに○を付ける.):			
Haemophilus influenzae type b (Hib) Streptococcus pneumoniae Diphtheria Pertussis Tetanus Polio BCG Measles Rubella Japanese Encephalitis 百日せき 破傷風 ポリオ BCG 麻しん 風しん 日本脳炎			

General Health: Healthy/Requires Monitoring
健康・要観察:

Overall Dental Health 歯の状態	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	Teeth: Healthy/Need Treatment 要治療のむし歯:なし・あり (Baby Teeth: Permanent Teeth:) (乳歯 本 永久歯 本) Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ:きれい・少ない・多い Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜:異常なし・あり () Occlusion: Normal/Abnormal かみ合わせ:よい・経過観察 Condition of the Mouth () 歯・口腔の疾病異常:() (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		

Recommendations:
特記事項:

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

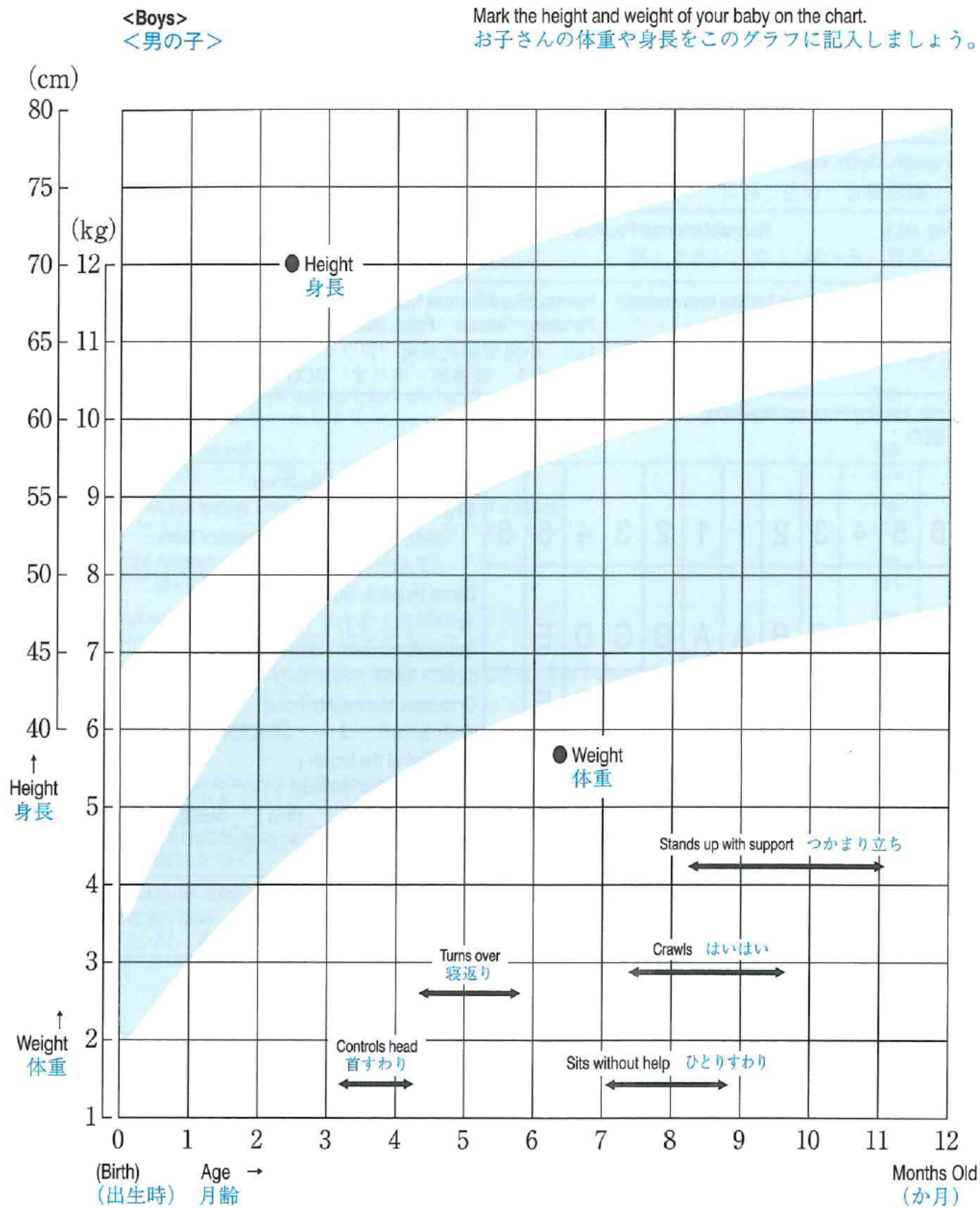
Health Record Until Next Checkup

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age 年齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 特記事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		kg	cm		

Height and Weight Growth Curve for Infants (2010 Survey)
乳児身体発育曲線 (平成 22 年調査)

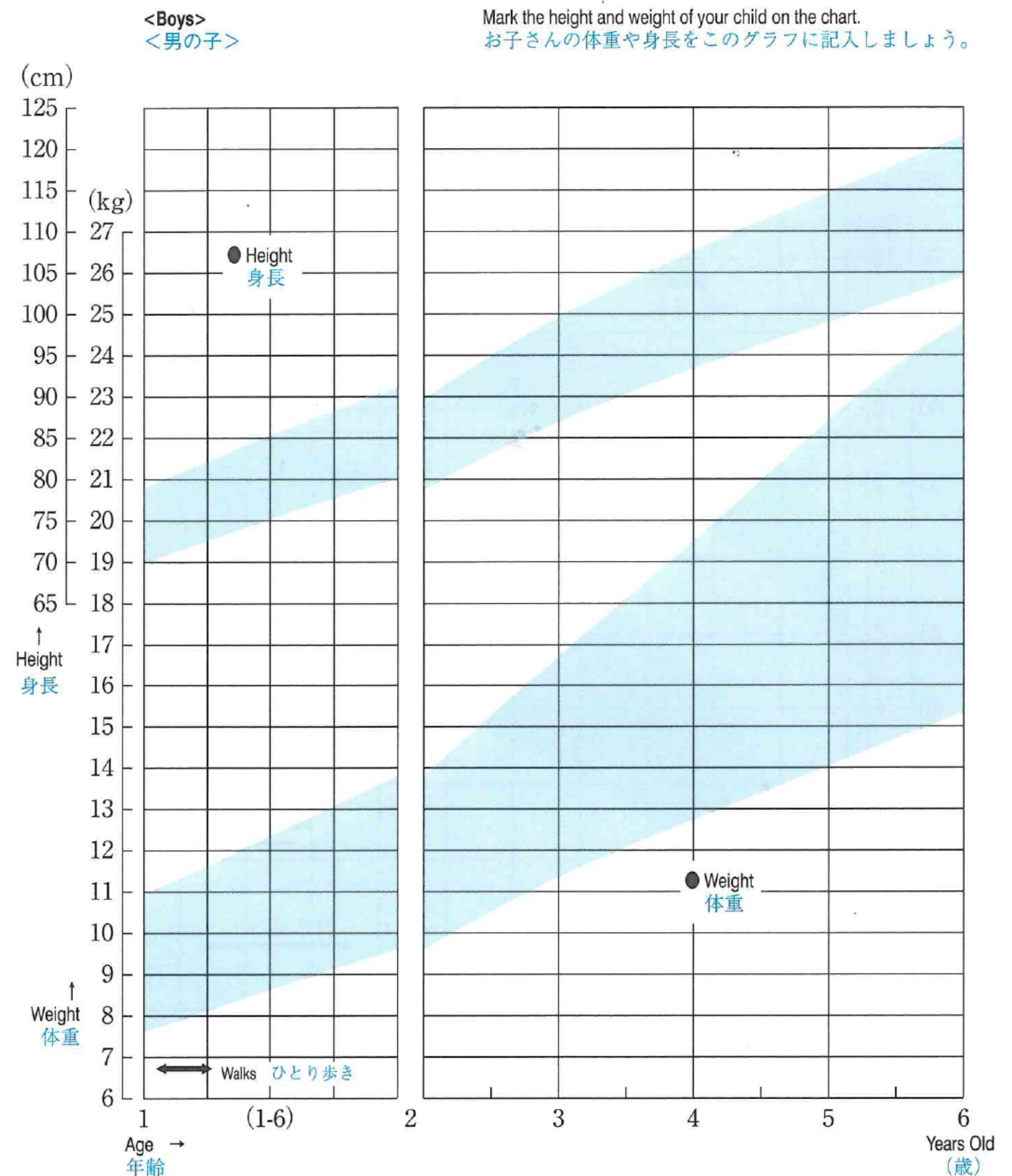


Arrows indicating head control, turning over, sitting, crawling, standing up with support, and walking offer rough guideline of the period between the age at which 50 percent of children can perform each action and the age at which 90 percent of children can perform these actions. Mark the age at which your child first performed these actions.

首すわり、寝返り、ひとりすわり、はいはい、つかまり立ち及びひとり歩きの矢印は、約半数の子どもができるようになる月・年齢から、約9割の子どもができるようになる月・年齢までの目安を表したものです。お子さんができるようになったときを矢印で記入しましょう。

Reference: Infant and Toddler Physical Development Survey; Ministry of Health, Labour and Welfare (2010)
(出典) 厚生労働省平成 22 年乳幼児身体発育調査報告

Height and Weight Growth Curve for Children (2010 Survey)
幼児身体発育曲線 (平成 22 年調査)



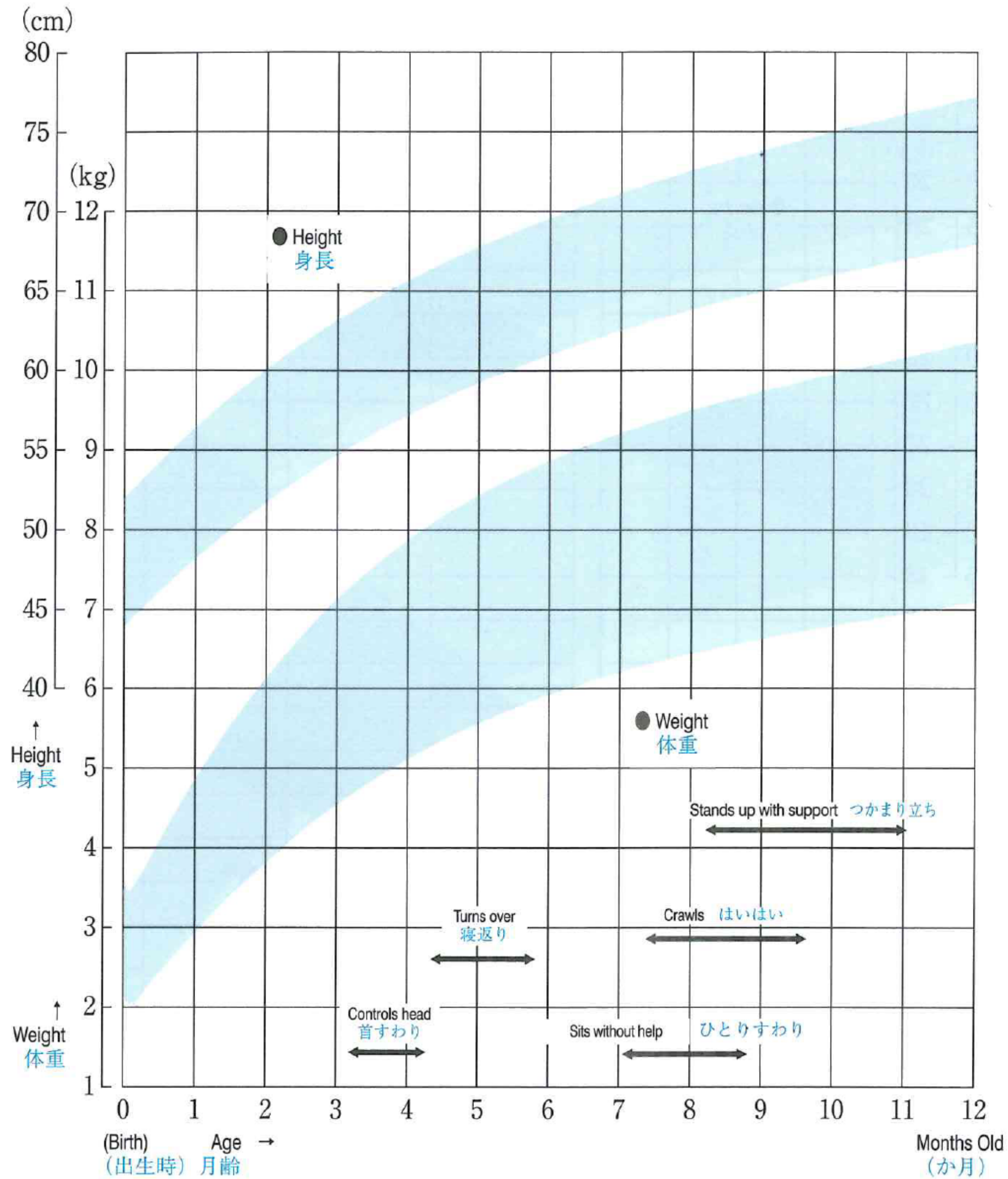
The height and weight of 94% of boys will fall within the shaded area in the above chart. There is a great range in the growth rate among children. It should be noted that these statistics show only the standard of Japanese children. Note that the length of children under the age of two is measured while the child is lying down whereas the height of children two and older is measured while the child is standing.

身長と体重のグラフ：帯の中には、各月・年齢の94パーセントの子どもの値が入ります。乳幼児の発育は個人差が大きいです。このグラフを一応の目安としてください。なお、2歳未満の身長は寝かせて測り、2歳以上の身長は立たせて測ったものです。

Height and Weight Growth Curve for Infants (2010 Survey)
乳児身体発育曲線 (平成 22 年調査)

<Girls>
<女の子>

Mark the height and weight of your baby on the chart.
お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。



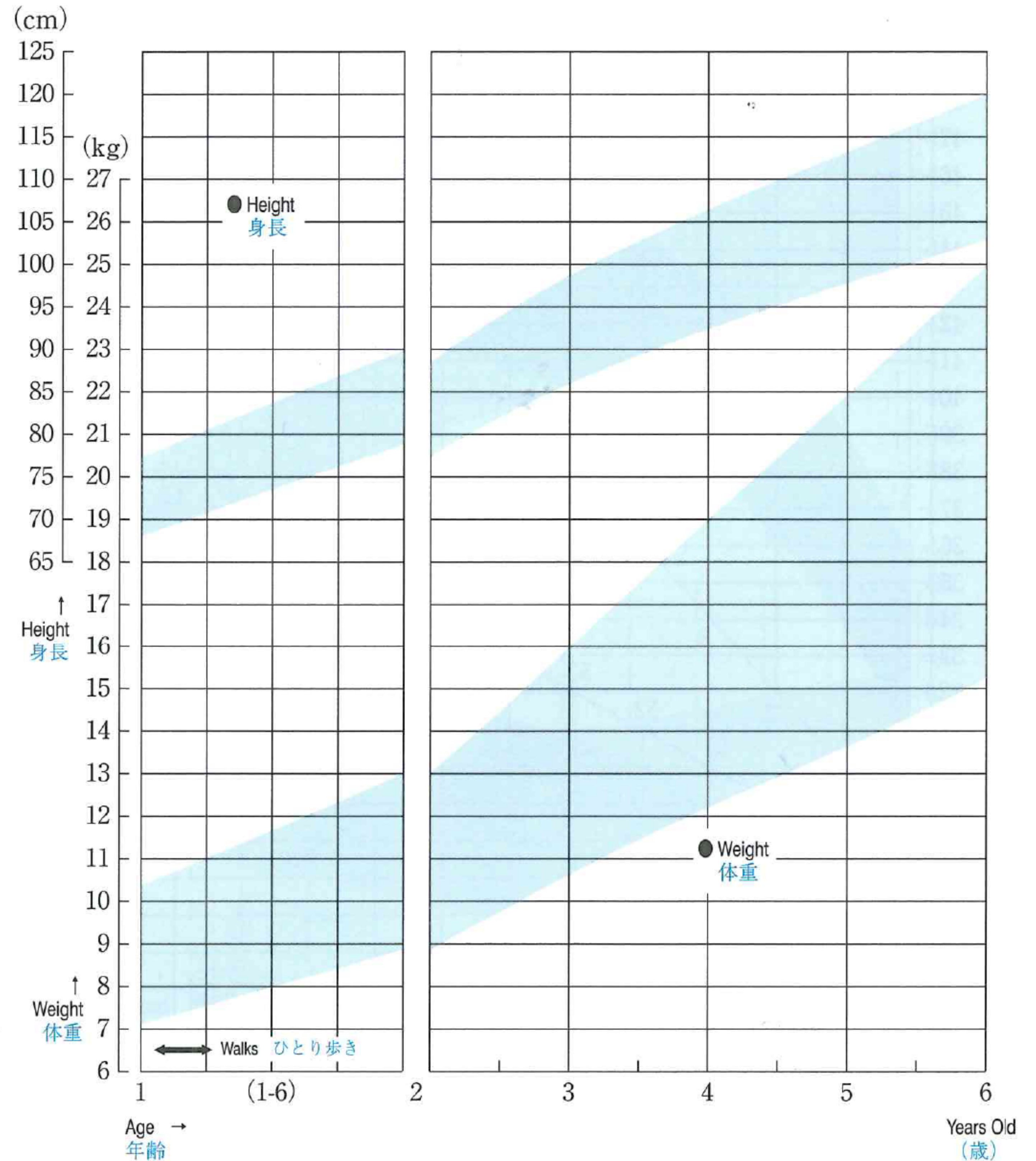
Arrows indicating head control, turning over, sitting, crawling, standing up with support, and walking offer rough guideline of the period between the age at which 50 percent of children can perform each action and the age at which 90 percent of children can perform these actions. Mark the age at which your child first performed these actions.

首すわり、寝返り、ひとりすわり、はいはい、つかまり立ち及びひとり歩きの矢印は、約半数の子どもができるようになる月・年齢から、約9割の子どもができるようになる月・年齢までの目安を表したものです。お子さんができるようになったときを矢印で記入しましょう。

Height and Weight Growth Curve for Children (2010 Survey)
幼児身体発育曲線 (平成 22 年調査)

<Girls>
<女の子>

Mark the height and weight of your child on the chart.
お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。



The height and weight of 94% of girls will fall within the shaded area in the above chart. There is a great range in the growth rate among children. It should be noted that these statistics show only the standard of Japanese children. Note that the length of children under the age of two is measured while the child is lying down whereas the height of children two and older is measured while the child is standing.

身長と体重のグラフ：帯の中には、各月・年齢の94パーセントの子どもの値が入ります。乳幼児の発育は個人差が大きいです。このグラフを一応の目安としてください。なお、2歳未満の身長は寝かせて測り、2歳以上の身長は立たせて測ったものです。

Head Circumference of Infants and Children (2010 Survey)
乳幼児身体発育曲線 (平成 22 年調査)

<Boys>
<男の子>

Mark the head circumference of your child on the chart.
お子さんの頭囲をこのグラフに記入しましょう。

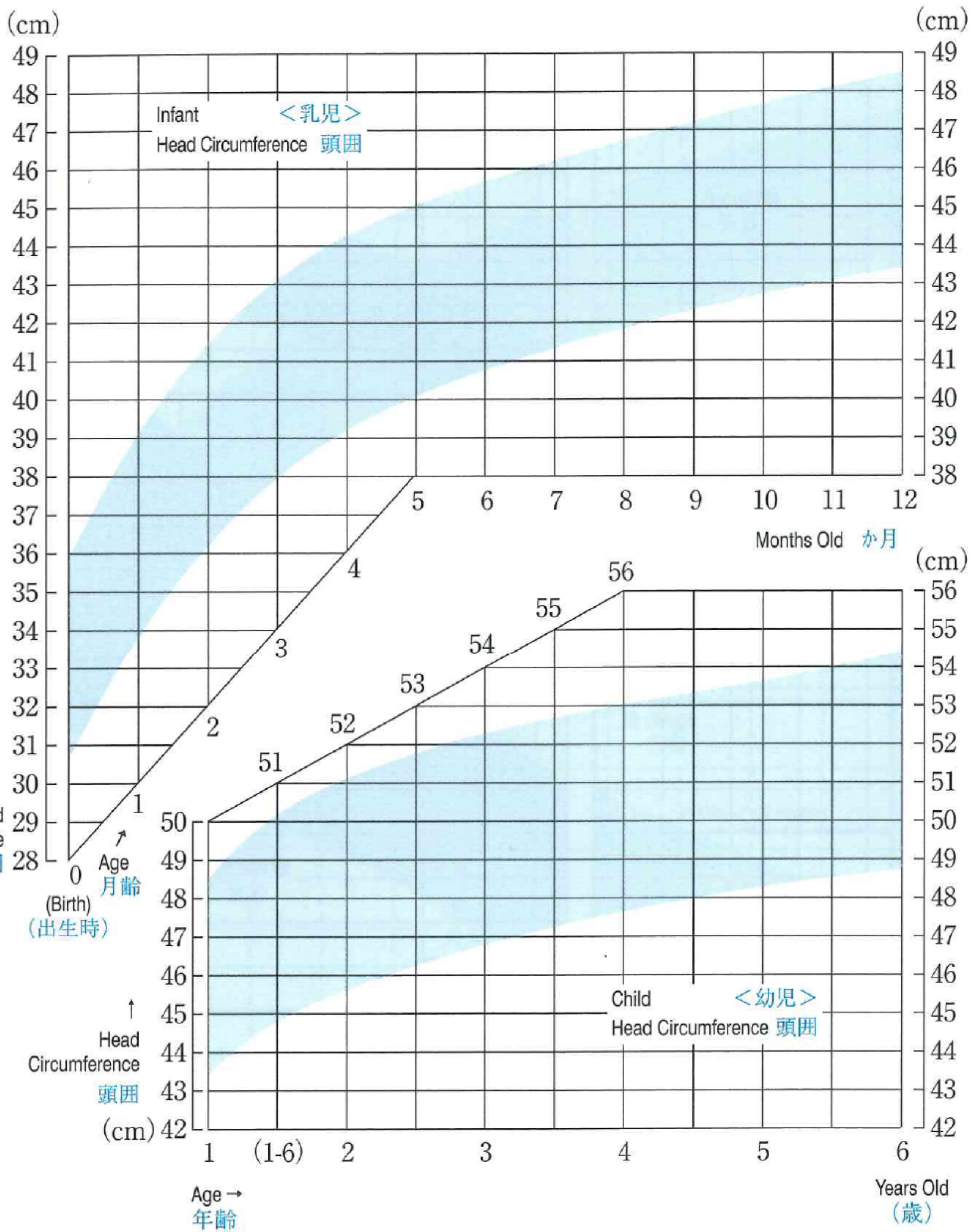


Chart for head circumference: 94% of infants are within the segmented area. Head circumference is measured directly above the eyebrow line.
頭囲のグラフ：帯の中に94パーセントの子どもの値が入ります。なお、頭囲は左右の眉の直上を通して測ったものです。

Head Circumference of Infants and Children (2010 Survey)
乳幼児身体発育曲線 (平成 22 年調査)

<Girls>
<女の子>

Mark the head circumference of your child on the chart.
お子さんの頭囲をこのグラフに記入しましょう。

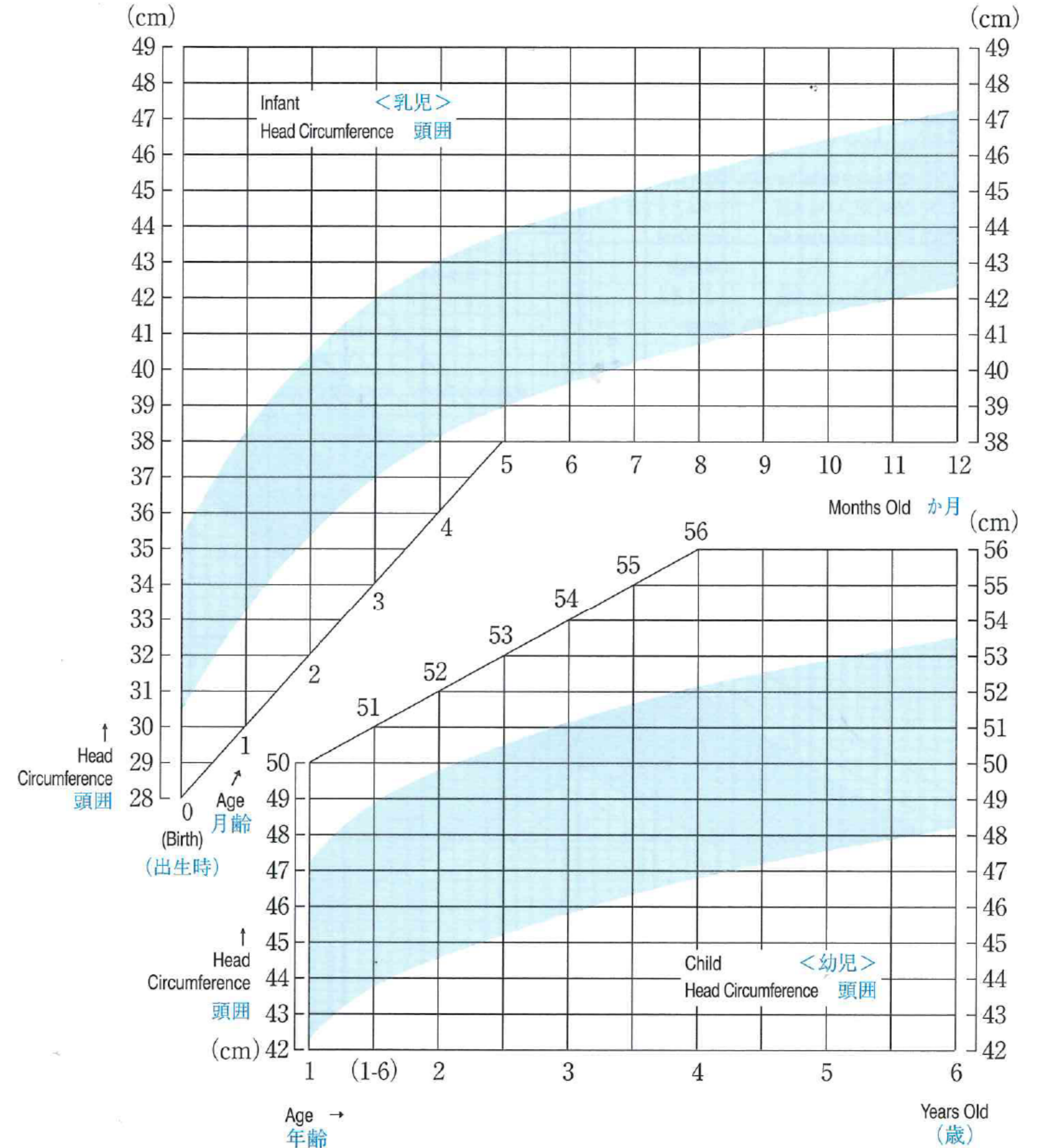
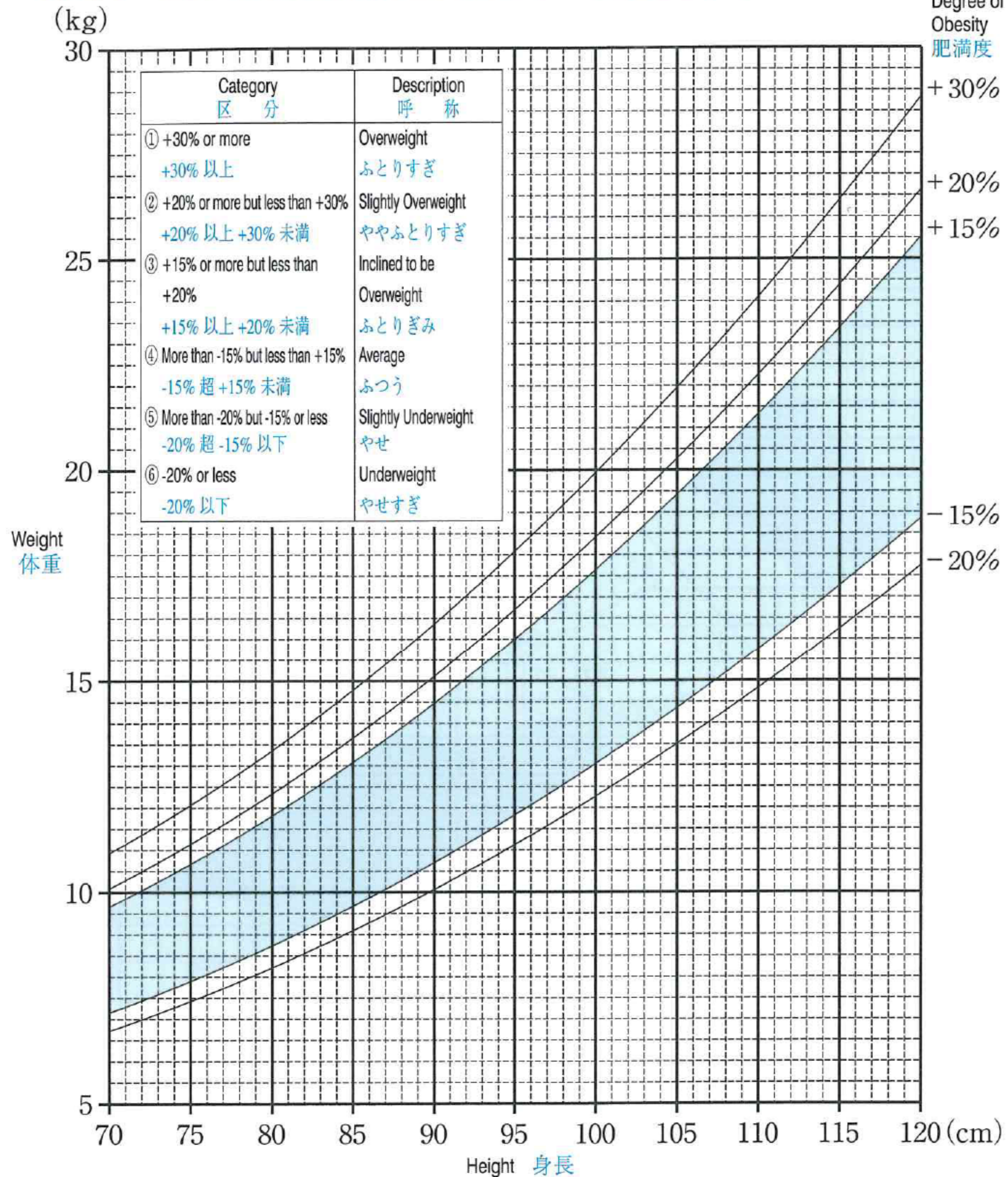


Chart for head circumference: 94% of infants are within the segmented area. Head circumference is measured directly above the eyebrow line.
頭囲のグラフ：帯の中に94パーセントの子どもの値が入ります。なお、頭囲は左右の眉の直上を通して測ったものです。

Height and Weight of Children (2010 Survey)
 幼児の身長体重曲線 (平成 22 年調査)

<Boys> <男の子> Mark your child's height and weight on the chart. (Connect the points where your child's height and weight intersect.)
 お子さんの体重と身長が交差する点をグラフに記入しましょう。

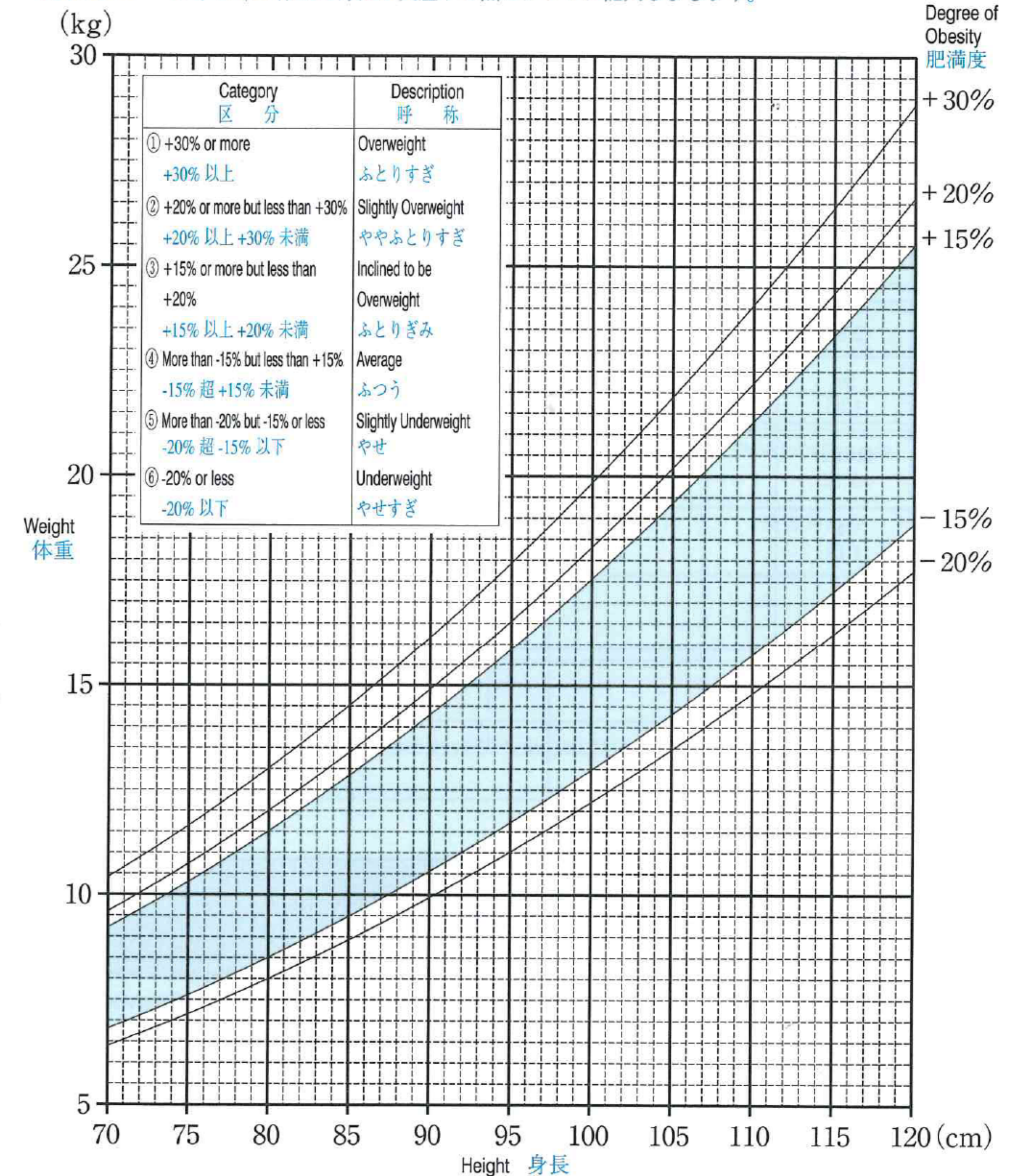


Even though your child's figure will change as he/she grows and there may be individual differences, this chart can be used as a rough guide to determine if your child is overweight or underweight. Even though your child's measurements may fall outside the "average" category, it does not necessarily mean that there is something wrong with your child. However, if you have any questions or concerns, consult your doctor. Mark this graph whenever your child has a physical exam and note the changes in your child's growth.

子どものからだつきは成長とともに変化し、個人差も大きいのですが、この曲線を肥満とやせの一応の目安としてください。「ふつう」に入らないからといって、ただちに異常というわけではありませんが、心配な場合は医師等に相談しましょう。身体計測を行ったときはこのグラフに記入し、成長に伴う変化をみるようにしましょう。

Height and Weight of Children (2010 Survey)
 幼児の身長体重曲線 (平成 22 年調査)

<Girls> <女の子> Mark your child's height and weight on the chart. (Connect the points where your child's height and weight intersect.)
 お子さんの体重と身長が交差する点をグラフに記入しましょう。



Even though your child's figure will change as he/she grows and there may be individual differences, this chart can be used as a rough guide to determine if your child is overweight or underweight. Even though your child's measurements may fall outside the "average" category, it does not necessarily mean that there is something wrong with your child. However, if you have any questions or concerns, consult your doctor. Mark this graph whenever your child has a physical exam and note the changes in your child's growth.

子どものからだつきは成長とともに変化し、個人差も大きいのですが、この曲線を肥満とやせの一応の目安としてください。「ふつう」に入らないからといって、ただちに異常というわけではありませんが、心配な場合は医師等に相談しましょう。身体計測を行ったときはこのグラフに記入し、成長に伴う変化をみるようにしましょう。

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 Y/M/D (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				

Diphtheria, Pertussis, Tetanus, and Polio
ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ

Time 時期	Type of Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date Y/M/D (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				
	3rd 3 回				
1st term booster 第1期追加					

Immunization Record (2)
予防接種の記録 (2)

BCG BCG			
Immunization Date Y/M/D (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 Y/M/D (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				
Rubella 風疹	2nd term 第2期				

Japanese Encephalitis
日本脳炎

Time 時期	Immunization Date Y/M/D (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				

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 Y/M/D (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				

Diphtheria, Pertussis, Tetanus, and Polio
ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ

Time 時期	Type of Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date Y/M/D (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				
	3rd 3 回				
1st term booster 第 1 期追加					

Immunization Record (2)
予防接種の記録 (2)

BCG BCG			
Immunization Date Y/M/D (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 Y/M/D (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				
Rubella 風疹	2nd term 第 2 期				

Japanese Encephalitis
日本脳炎

Time 時期	Immunization Date Y/M/D (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				

Immunization Record (3)
予防接種の記録 (3)

Vaccine		Immunization Date Y/M/D (Age)	Manufacturer/Lot No.	Physician's Signature	Remarks
ワクチンの種類		接種年月日 (年齢)	メーカー/ロット	接種者署名	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

Other notes

●その他

Immunization Record (4)
予防接種の記録 (4)

Vaccine		Immunization Date Y/M/D (Age)	Manufacturer/Lot No.	Physician's Signature	Remarks
ワクチンの種類		接種年月日 (年齢)	メーカー/ロット	接種者署名	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		Immunization Date Y/M/D (Age)	Manufacturer/Lot No.	Physician's Signature	Remarks
ワクチンの種類		接種年月日 (年齢)	メーカー/ロット	接種者署名	備考
Varicella 水痘					
Mumps おたふくかぜ					
Hepatitis B B型肝炎					
Rotavirus (1/5) ロタウイルス (1価・5価)	1st 1回				
	2nd 2回				
	3rd 3回				
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 Y/M/D (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

■ in the table below indicates an example of the recommended age 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.”)
 下表の ■ は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。①、②などの数字は、①は「1回目」、②は「2回目」など、ワクチンごとに接種の回数を示しています。

Type 種類	Vaccine ワクチン	Infancy 乳児期											Late Infancy/Preschool Period 幼児期							School Child 学童期					
		2-months 2か月	3-months 3か月	4-months 4か月	5-months 5か月	6-months 6か月	7-months 7か月	8-months 8か月	9-months 9か月	10-months 10か月	11-months 11か月	12-months 12か月	15-months 15か月	18-months 18か月	19-months 19か月	2-years 2歳	3-years 3歳	4-years 4歳	5-years 5歳	6-years 6歳	7-years 7歳	8-years 8歳	9-years 9歳	10-years and older 10歳以上	
Periodic Immunizations 定期接種	Diphtheria, Pertussis, Tetanus, and Polio (DPT-IPV) 四種混合 (DPT-IPV)		①	②	③									④											
	Diphtheria and Tetanus (DT) 二種混合 (DT)																							11-12 years of age (2nd term) 11-12歳(2期)	①
	BCG BCG					①																			
	Measles and Rubella (MR) 麻疹、風しん (MR)													①							②				
	Japanese Encephalitis 日本脳炎																				①②	③			9-12 years of age (2nd term) 9-12歳(2期)
	Haemophilus influenzae type b (Hib) インフルエンザ菌 b型 (Hib)	①	②	③										④											
	Streptococcus pneumoniae 小児用肺炎球菌	①	②	③										④											
Voluntary/Optional Immunizations 任意接種	Human papilloma virus (HPV) ヒトパピローマウイルス (HPV)																								① ② ③
	Varicella 水痘 (水ぼうそう)													①	(②)										
	Mumps おたふくかぜ													①							(②)				
	Hepatitis B (HBV) B型肝炎 (HBV)	①	②											③											
	Influenza インフルエンザ																								①
Rotavirus ロタウイルス	①	②	③																						From 13 years of age 13歳より

The schedule above is made in accordance with the announcement from the Ministry of Health, Labour and Welfare on March 30, 2013, and effective as of April 1, 2013.
 *For more information on immunizations, see the “immunizations” page on the National Institute of Infectious Diseases website (<http://www.nih.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, Disease Control and Prevention Center, National Center for Global Health and Medicine, (http://www.ncgm.go.jp/dcc/travel_clinic/index.html)
 上記スケジュールは 2013年4月1日施行 (2013年3月30日付厚生労働省通知より作成)。
 ※予防接種について詳しい情報はこちら→国立感染症研究所→予防接種のページ (<http://www.nih.go.jp/niid/ja/schedule.html>)
 ※日本と海外を行き来する方々のための予防接種や感染症の情報はこちら→
 国立国際医療研究センター 国際感染症センタートラベルクリニック (http://www.ncgm.go.jp/dcc/travel_clinic/index.html)

Record of Childhood Illnesses

今までにかかった主な病気

Keep an accurate record if your child is treated for any contagious illnesses (Varicella, rubella, etc.), allergic reactions (atopic dermatitis, asthma, etc.), injuries (broken bones, etc.), or other serious illnesses (heart illnesses, etc.).

水痘（水ぼうそう）や風しんなどの感染症、アトピー性皮膚炎や喘息などのアレルギー疾患、骨折などの外傷、心臓病などの大きい病気にかかった場合にきちんと記録しておきましょう。

Illness 病名	Date of Onset Y/M/D (Age) 年月日 (年齢)	Remarks (Symptoms, Complications, Treatment, Surgery, Etc.) 備考（症状、合併症、治療、手術の状況など）

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

Marks indicate: Healthy Teeth "V", Untreated Teeth "C", Treated Teeth "O", Tooth Missing "△"

歯の状態記号：健全歯 V / むし歯（未処置歯）C 処置歯 O 喪失歯△

6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	Age of Checkup: Yrs. Mo. Old 診査時年齢 歳 か月		
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			Guidance (Given/ Not given) 保健指導 (有・無)		
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			Preventive Care (Given/ Not given) 予防処置 (有・無)		
												Gums/Membranes (Normal/Abnormal): 歯肉・粘膜 (異常なし・あり)		
												Occlusion (Normal/Abnormal): かみ合わせ (よい・経過観察)		
												Teeth Abnormalities (No / Yes) 歯の異常 (異常なし・あり)		
												Other (その他)		
Examined on ___(Y)___(M)___(D) 年 月 日												Name of Institution or Dentist 診査施設名または歯科医師名		

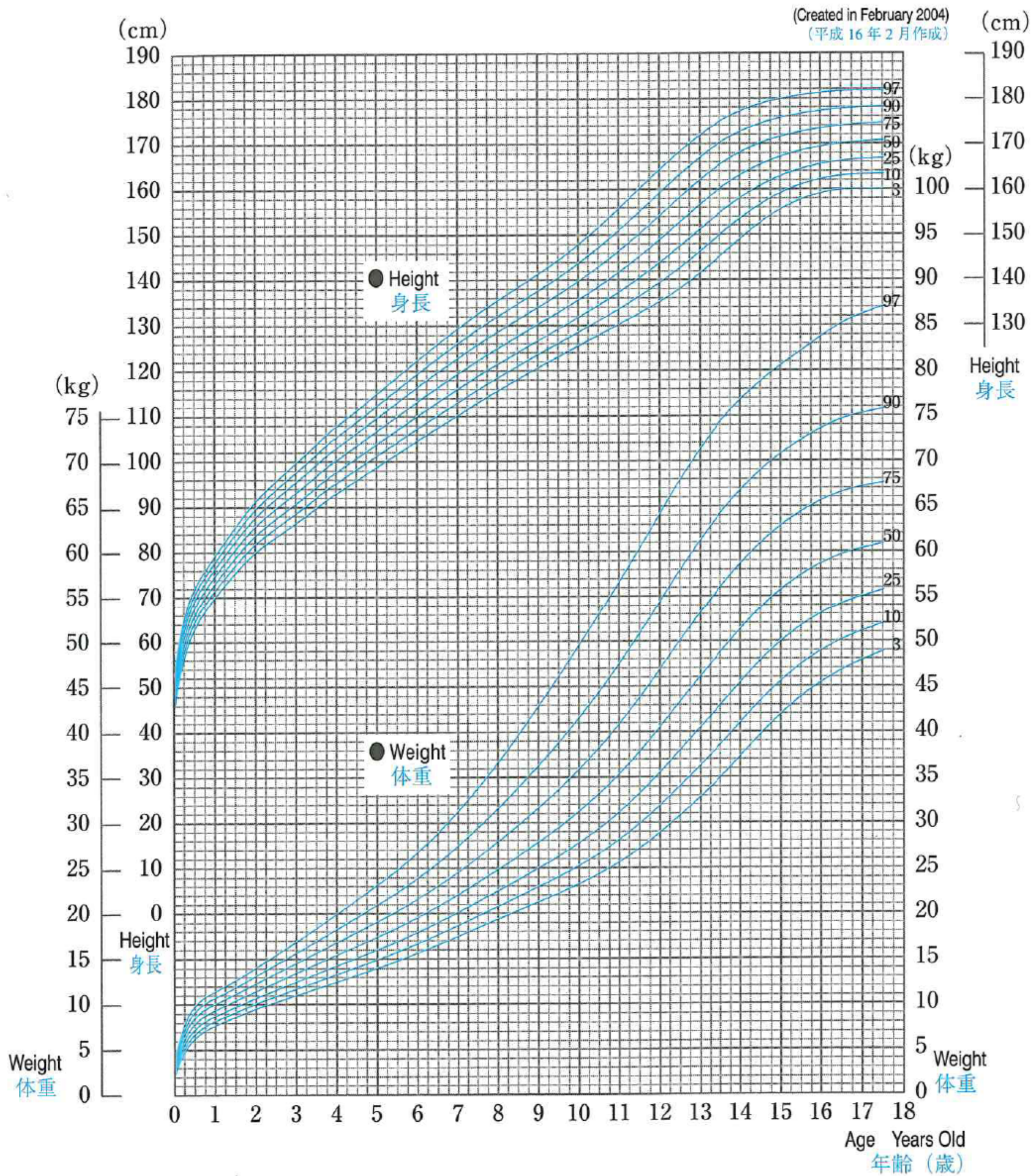
6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	Age of Checkup: Yrs. Mo. Old 診査時年齢 歳 か月		
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			Guidance (Given/ Not given) 保健指導 (有・無)		
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			Preventive Care (Given/ Not given) 予防処置 (有・無)		
												Gums/Membranes (Normal/Abnormal): 歯肉・粘膜 (異常なし・あり)		
												Occlusion (Normal/Abnormal): かみ合わせ (よい・経過観察)		
												Teeth Abnormalities (No / Yes) 歯の異常 (異常なし・あり)		
												Other (その他)		
Examined on ___(Y)___(M)___(D) 年 月 日												Name of Institution or Dentist 診査施設名または歯科医師名		

Notes and Observations 予備欄

Development Curve 成長曲線

<Boys>
<男の子>

Mark the height and weight of your baby on the chart.
お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。



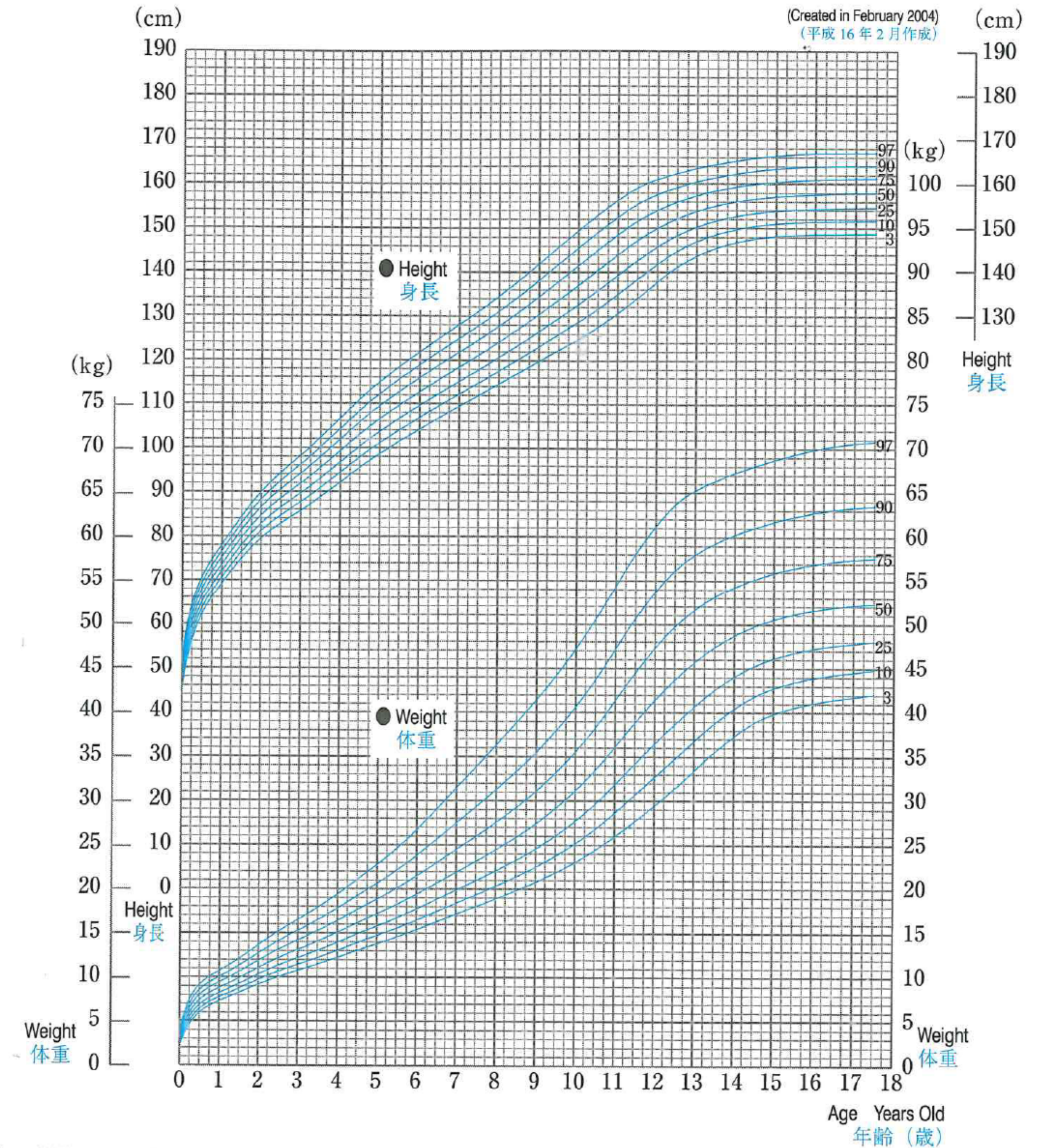
Write down your child's height and weight and check his/her growth.
Do your child's height and weight fall between the model curve lines?
Is the line indicating your child's weight too high?
Is your child's weight decreasing?

- 身長と体重を記入して、その変化を見てみましょう。
- ・身長、体重は曲線のカーブにそっていますか。
- ・体重は、異常に上向きになっていませんか。
- ・体重は、低下していませんか。

Development Curve 成長曲線

<Girls>
<女の子>

Mark the height and weight of your baby on the chart.
お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。



The middle curve (50-percentile curve) is the standard development curve.

成長曲線のまんなかの曲線 (50 のカーブ) が標準の成長曲線です。

Reference: Report on the Conference on the Ideal Healthy Development of Children through Food (from the Nutrition Education Perspective) (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/02/s0219-4.html>)

(出典)「食を通じた子どもの健全育成 (—いわゆる『食育』の視点から—) のあり方に関する検討会」報告書
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/02/s0219-4.html>

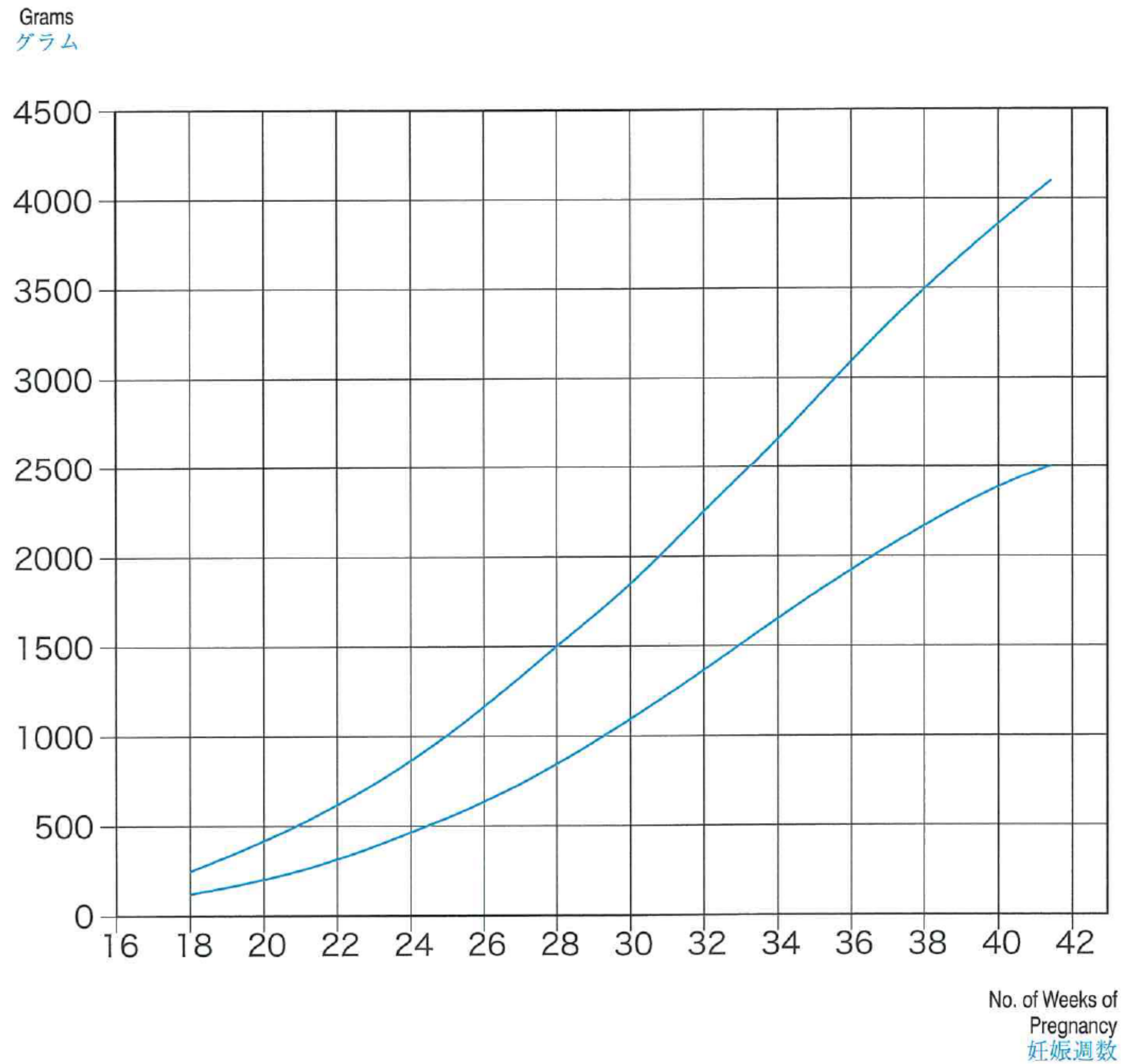
Concerning Fetal Development
胎児の発育について

Notes and Observations
予備欄

The estimated weight of the fetus can be calculated using the ultrasound test performed during health checkups for expectant mothers. Write down the estimated weight in the fetal development curve, and check the growth of your baby.

妊婦健康診査の超音波検査により、胎児の推定体重を計算することができます。推定体重を胎児の発育曲線に書き入れて赤ちゃんの発育の様子を確認してみましょう。

Fetal Development Curve
胎児発育曲線



*The estimated weights by number of weeks of pregnancy of about 96 percent of all babies fall within the range between the two curved lines. If you have any concerns, please consult your doctor or medical institution immediately.

Reference: Japan Society of Obstetrics and Gynecology (<http://www.jsog.or.jp/public/shusanki.html>)

※この曲線の、上下の線の上に約96%の赤ちゃんの妊娠週数別推定体重が入ります。心配なことがあれば、医療機関等にご相談ください。

(参考) 日本産婦人科学会 (<http://www.jsog.or.jp/public/shusanki.html>)

Frequently Used Numbers
連絡先メモ

Health Checkup Facility 健診受診施設	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
Your Childbirth Facility 分娩予定施設	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
Pediatrics 小児科	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
Dentist 歯科	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	

Japanese and English Medical Expression List for Obstetrics
指差し受診対話集〈産科編〉

How to Use This Japanese and English Medical Expression List for Obstetrics
指差し産科受診対話集の上手な使い方

1. There is no need to hesitate simply because you do not speak Japanese. If you do not understand something, clearly tell the person you are talking to, "I don't understand."
2. We recommend that you make a habit of writing memos before getting a checkup, so that you remember to ask the doctor or midwife questions and are able to say what you want to.
3. Please bring this book with you when getting a checkup at a hospital or clinic. If you point to a few words, such as "since yesterday," "abdominal pain," and "bleeding," the doctor or nurse will be able to understand your symptoms.
4. If you do not understand the treatment policies or the name of the illness, please show the appropriate page to the doctor or midwife. If the applicable illness is listed, the doctor or midwife can point to the name of the illness that you have.
5. Even if you do not speak Japanese, your determination to understand will be communicated. Please go for checkups without hesitation.

Dr. Yasuhide Nakamura (pediatrician)
Professor, Graduate School of Human Sciences, Osaka University
Dr. Makiko Yui (obstetrician)
Coordinating Doctor, Medical Department, International SOS

- 1 言葉が通じないからといって、遠慮する必要はありません。わからないときは、「わからない」とはっきり相手に伝えてください。
- 2 医師や助産師の前で、聞きたいことや言いたいことを忘れずに伝えられるよう、受診する前に、メモする習慣をお勧めします。
- 3 病院やクリニックを受診するとき、この冊子を持参してください。「昨日から」「腹痛」「出血」という風に単語を並べるだけで、症状を理解してくれます。
- 4 治療方針や病名などがわからないときは、そのページを医師や助産師に見せてください。該当する病名などがあれば、指で差してくれるでしょう。
- 5 言葉は通じなくても、絶対に聞きたいというあなたの気持ちは伝わります。遠慮せず、堂々と受診してください。

大阪大学大学院人間科学研究科教授 小児科医 中村 安秀
インターナショナル SOS メディカルディパートメントコーディネイティングドクター 産婦人科医 湯井 真紀子

Personal data パーソナルデータ

Your nationality
あなたの国籍

It is a good idea to write down your personal data in this handbook (from page 1), such as your name, date of birth (age), address, history of prior pregnancies, starting date of your last menstruation, delivery due date, blood type (RH), and contact information.

氏名、生年月日(年齢)、居住地、いままでの妊娠(history of prior pregnancies)、最終月経開始日、分娩予定日、血液型(RH)、連絡先などのパーソナルデータを、母子健康手帳(P1～)にきちんと記入しておきましょう。

Number of pregnancies to date
これまでの妊娠回数

Vaginal deliveries (number)
経膈分娩(回)

Number of deliveries to date
これまでの分娩回数

Cesarean sections (number)
帝王切開(回)

First menstrual period (age)
初潮の時期(歳)

Menstrual cycle (days)
非妊娠時の生理周期(日)

Duration of menstruation (days)
持続期間(日)

Regular/irregular (days)
規則的/不規則(日)

Medical history 既往歴

Hospitalized before 入院したことがある	Never hospitalized before 入院したことがない
Currently receiving treatment for a medical condition 現在治療中の病気がある	Currently not receiving treatment for any medical condition 現在治療中の病気がない
Currently taking regular medication 現在常用中の薬がある	Currently not taking any regular medication 現在常用中の薬がない
Have had surgery before 手術を受けたことがある	Have never had surgery 手術を受けたことがない
Had blood transfusion before 輸血を受けたことがある	Never had blood transfusion 輸血を受けたことがない
Uterine or ovarian disease 子宮・卵巣の病気	Sexually transmitted disease 性行為感染症
Stomach or intestinal disease 胃腸の病気	Liver disease 肝臓の病気
Heart disease 心臓の病気	Kidney disease 腎臓の病気
Respiratory disease 呼吸器の病気	High blood pressure 高血圧症
Diabetes 糖尿病	Thyroid disease 甲状腺の病気
Blood disorder 血液の病気	Other その他

Note: See page 67 if you have a history of allergies. ※アレルギーの既往については P67 参照

Terms related to chronology 時期に関することば

Due date 分娩予定日	Yesterday 昨日	Day before yesterday おととい	Last week 先週
Last year 去年	Two years ago 一昨年	Tomorrow 明日	Day after tomorrow 明後日
This week 今週	Next week 来週	Several weeks from now 数週後	Next year 来年
A little while ago 先ほど	Since this morning 今朝から	__ days ago __日前	__ weeks ago __週前
__ months ago __か月前	__ years ago __年前	Since the previous menstrual cycle 前回の生理から	Never happened before はじめてのこと
Happens sometimes ときどき	Happened before 前にもあった	Continuous 持続的	Every __ minutes __分おき

Cause 原因

Hit 打った 	Fell 落ちた 	Tripped 転んだ 	Cut 切った 
Stung 刺された 	Bitten 噛まれた 	Twisted ひねった 	Ate 食べた 
Drank 飲んだ 	Intercourse 性交した 	Medication 薬を飲んだ 	Can't recall 思い当たらない 
Busy 忙しかった 			

Symptoms 症状

Pain 痛い	Sore to the touch 触ると痛い	Abdominal pain 腹痛	Headache 頭痛
No fetal movement 赤ちゃんが動かない	Thirsty のどが渇く	Lethargic だるい	Chills 寒気がする
Feverish 熱がある	Coughing 咳が出る	Palpitations 動悸	No appetite 食欲がない
Twitching / Seizure 痙攣した	Nausea 吐き気がする	Vomiting 吐いた	Constipation 便秘
Diarrhea 下痢	Need to urinate frequently 頻繁に尿意がある	Pain when urinating 排尿時に痛む	Breathing difficulty 呼吸が苦しい
Eye irritation 目がちかちかする	Lightheadedness upon standing 立ちくらみがする	Swelling/Swollen むくむ/腫れた	Feel a lump しこりがある
Rash 発疹	Itchy かゆい	Continued vaginal discharge おりものが続いている	Bleeding 出血
Irregular menstrual cycle 生理不順	Tightness of the uterus 子宮が固くなる	Tightness and pain in the uterus 子宮が固くなって痛む	Pain during intercourse 性交痛

Symptom location/Coloration 症状の部位・色

___ is painful ___が痛い	___ is sore to the touch ___を触ると痛む	___ is swollen ___が腫れている/がむくむ	___ is itchy ___がかゆい
I have a rash ___ ___に発疹がある	I have a lump ___ ___にしこりがある	Continued ___-colored vaginal discharge ___色のおりものが続いている	
I am bleeding from ___ ___から出血がある			

Severity of symptoms 症状の程度

Severe 強い	Light 軽い	A lot 多い	A little 少ない
Red 赤い	Brown 茶色	Black 黒い	White 白い
Yellow 黄色	Symptoms are getting worse 症状がきつくなっている	No change in the symptoms 症状は変わらない	Symptoms are getting better 症状はよくなっている

Types of pain 痛みの種類

Throbbing ずきずき	Tingling ちくちく	Sore to the touch 触れると痛い	Stinging しみる
Numbed しびれる	Feels heavy 重苦しい		

Testing 検査

Normal 正常	Abnormality detected 異常あり	Wish to be tested 検査を受けたい	Do not wish to be tested 検査を受けたくない
External exam 視診	Internal exam 内診	Ultrasound test 超音波検査	Pap smear 細胞診
Pregnancy test 妊娠検査	Regular pregnancy checkups 妊娠定期健診	Blood test 血液検査	HIV HIV
Type B Hepatitis B型肝炎	Varicella 水痘(水ぼうそう)	Influenza インフルエンザ	Blood pressure test 血圧測定
Urine analysis 尿検査	Electrocardiogram 心電図検査	Bacterial culture exam 細菌培養検査	Measles はしか
Rubella 風しん	Candida カンジダ	Chlamydia クラミジア	Herpes simplex virus 単純ヘルペスウイルス
Genital warts 尖圭コンジローマ	Gonorrhea 淋病	Syphilis 梅毒	Toxoplasma gondii トキソプラズマ原虫
Cytomegalovirus サイトメガロウイルス	Wish to be immunized 予防接種を受けたい	Do not wish to be immunized 予防接種を受けたくない	Immunized 予防接種を受けている
Not immunized 予防接種を受けていない	Caught it in childhood 幼少期に罹患した		

Allergy アレルギー

I am allergic to following item. 次のものにアレルギーがあります

Foods 食べ物

Soy beans 大豆 	Milk products 乳製品 	Wheat 小麦 	Egg 卵 
Shellfish エビ・カニ 	Peanut ピーナッツ 		

Medications 薬

Penicillin ペニシリン	Sulfonamide サルファ剤	Pyrazolone drugs ピリン系	Antibiotics 抗生物質
---------------------	----------------------	--------------------------	---------------------

Others その他

Latex ラテックス 	Metal 金属 	Silk / Cotton 絹・木綿 	Cedar pollen スギ花粉 
House dust ハウスダスト 	Fungus カビ 	Cat hair 猫 	Dog hair 犬 
Mite ダニ 	Alcohol アルコール 		

Treatment 治療

Drug administration 投薬	Hospital visits/Hospitalization 通院/入院	(Necessary) 必要	(Unnecessary) 不要	Surgery 手術
Course observation 経過観察	Treatment 治療	(Wish to be treated) 治療を受けたい	(Wish to not to be treated) 治療を受けたくない	
Anti-microbial agent 抗菌薬	Pain reliever 鎮痛剤	Laxative 緩下剤	Tocolytic 子宮収縮抑制剤	

Direction for use of a drug 薬の用法

For intake 飲む	External application 塗る	Suppository 座薬	Vaginal suppository 膣座剤
Before meal 食前	Between meals 食間	After meal 食後	When a symptom appears 症状が出たら
Injection 注射	Continuous intravenous infusion 持続点滴	Apply to the eye(s) 点眼	Apply to the nose 点鼻
___ times a day 1日___回	Morning 朝	Noon 昼	Night 晩
			Before bedtime 就寝前

Side effects of a drug 薬の副作用

Sleepiness 眠気	Swelling むくみ	Loss of appetite 食欲不振	Diarrhea 下痢
Vomiting 吐きけ	Rash 発疹	Fatigability 疲れやすい	Allergic reaction アレルギー反応
Constipation 便秘	Headache 頭痛	Insomnia 不眠症	Palpitations 動悸

Disease 病名

Vaginitis 膣炎	Endometriosis 子宮内膜症	Cervical incompetency 子宮頸管無力症	Cervical cancer 子宮頸部がん
Preeclampsia 妊娠高血圧症候群	Gestational diabetes 妊娠糖尿病	Cystitis 膀胱炎	Uterine fibroid 子宮筋腫
Cervical polyp 子宮頸管ポリープ	Ovarian tumor 卵巣腫瘍	Ectopic pregnancy 子宮外妊娠	Blood group incompatibility 血液型不適合妊娠
Anemia 貧血	Fetal abnormality 胎児の異常	Abnormal placental position 胎盤の位置異常	Premature separation of placenta 胎盤早期剥離
Abnormal volume of amniotic fluid 羊水量の異常	Miscarriage 流産	Threatened miscarriage 切迫流産	Threatened preterm labor 切迫早産
Cephalopelvic disproportion 児頭骨盤不均衡 (骨盤が狭い)	Hypotonic uterine dysfunction 微弱陣痛	Fetal malposition / malpresentation 胎児の体の向き異常	Placenta accreta 癒着胎盤
Cervical laceration 子宮頸管裂傷	Atonic bleeding 弛緩出血	Embolism 血栓塞栓症	Retained placenta, fetal membrane 胎盤・卵膜遺残
Fetal distress 胎児仮死	Postpartum infection 産褥熱 (産後の発熱)	Mastitis 乳腺炎	Breast tumor 乳腺腫瘍

Terms related to birth and delivery 出産・分娩に関することば

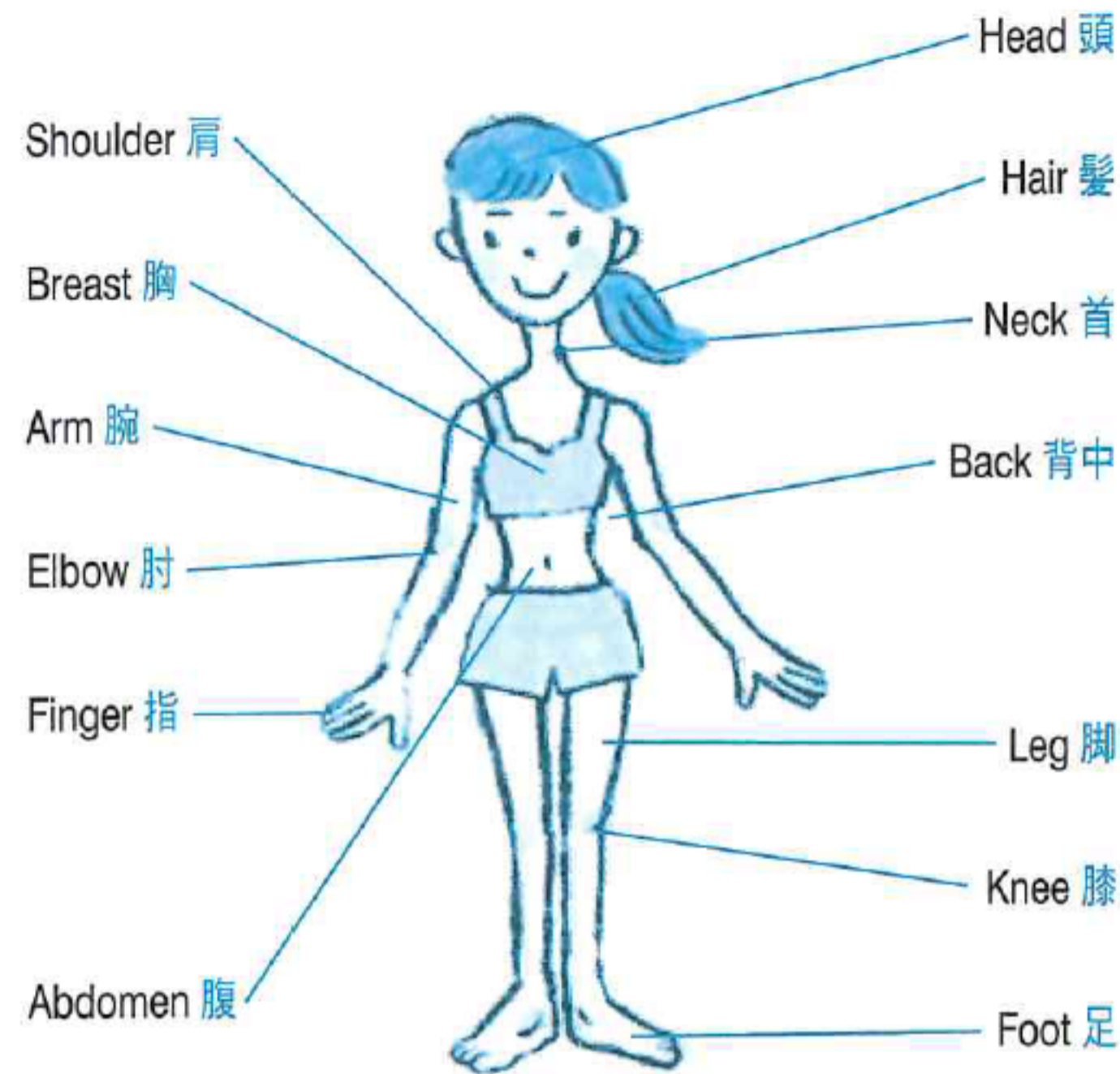
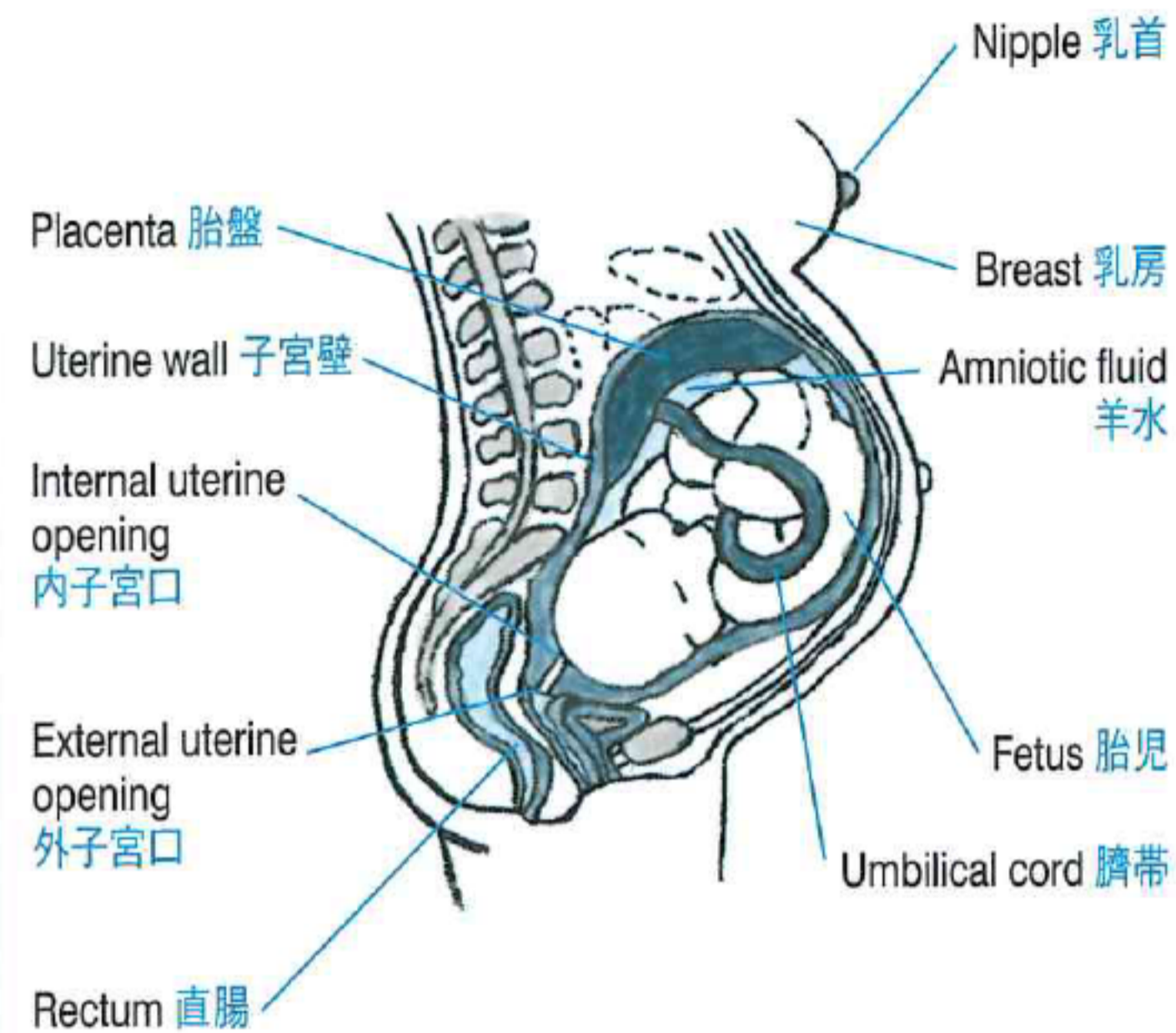
Natural birth 自然分娩	Lamaze method ラマーズ法	Sophrology ソフロロジー	Epidural anesthesia 無痛分娩 (硬膜外麻酔による)
LDR LDR (居室型分娩室)	Exclusive breastfeeding 完全母乳栄養	Water birth 水中出産	Home birth 自宅分娩
Active birth アクティブ・バース	Participation of family members at birth 家族立会い分娩	Head-down position 頭位	Breech presentation 骨盤位
Transverse presentation 横位	Rupture of membrane 破水	The strain of bearing down during childbirth いきむ	Cervical opening 子宮口
Delivery room 分娩室	Cesarean section 帝王切開術	Shave 剃毛	Enema 浣腸
Episiotomy 会陰切開	Uterotonic 子宮収縮剤	Induction of labor 陣痛誘発・促進剤	Contaminated amniotic fluid 羊水混濁
Intrauterine infection 子宮内感染	Anesthetics 麻酔薬	Vacuum extraction 吸引分娩	Forceps delivery 鉗子分娩
Fetal heart rate monitoring 胎児心拍計測	Suture 縫合術	Birth plan バースプラン	

Practical conversation in a hospital 知っているると便利な会話・単語

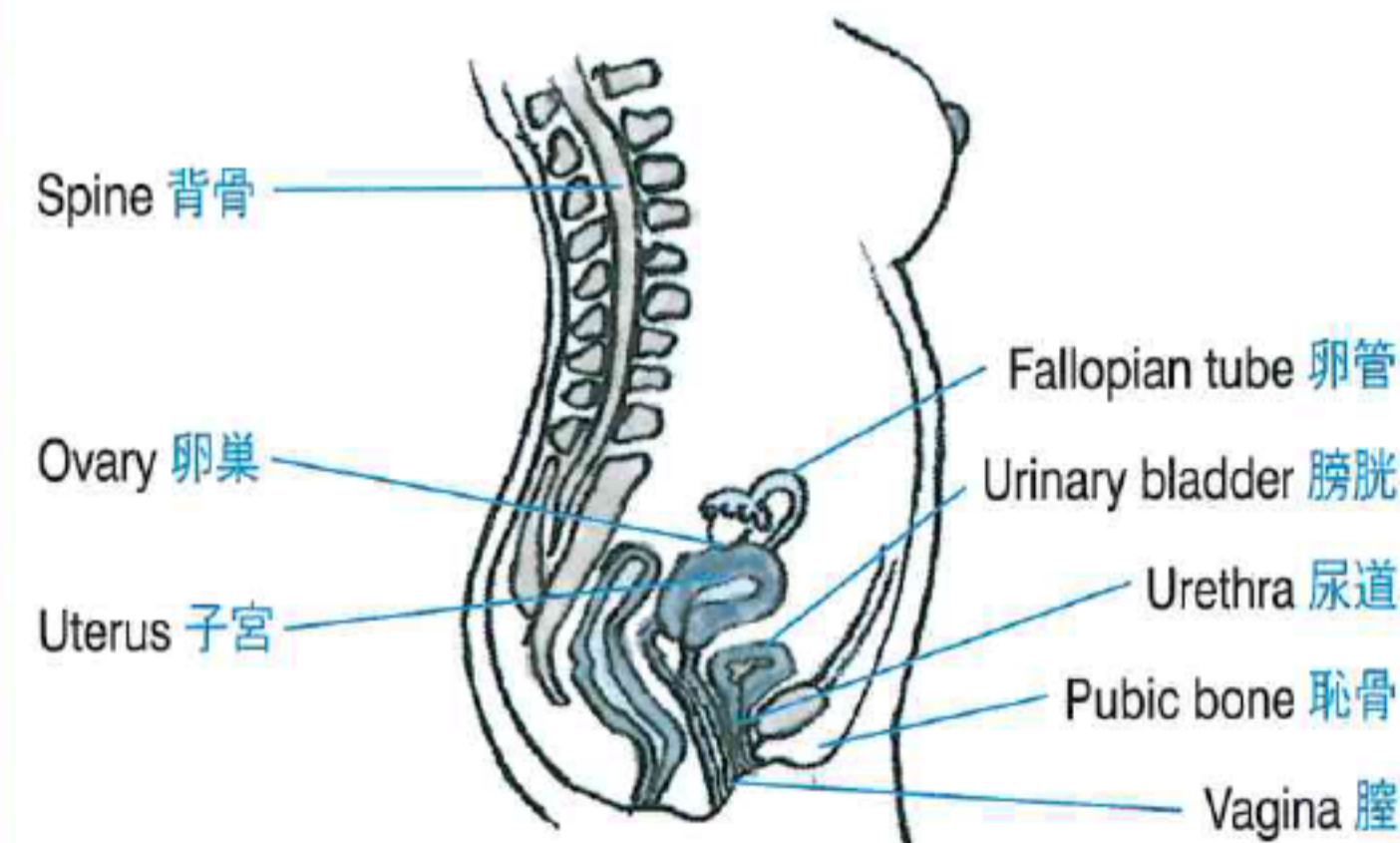
I have my maternity passbook 母子健康手帳があります。	I have a drug (drugs) that I regularly take. 常用している薬があります		
Do you accept medical insurance? 保険は使えますか?	When should I come next? 次回はいつ来たらいいですか?		
Can I make an appointment? 予約はできますか?	When will the results be available? 結果はいつ分かりますか?		
Please tell me the results of the examination. 診断の結果を教えてください	Can my partner come too? パートナーも一緒にいいですか?		
How long is the wait? どれくらい待ちますか?	Is there anything I should bring? 持って行くものはありますか?		
How much will the hospital stay cost? 入院費用はどれくらいかかりますか?	How long a hospital stay is necessary? 入院期間はどれくらいですか?		
What kinds of tests will be performed? どんな検査をしますか?	About how much does the test cost? 検査費用はどれくらいかかりますか?		
Will there be an internal exam? 内診はしますか?	Are sanitary napkins available? ナプキンがありますか?		
How does it look? どんな様子ですか?	Where is ~? ～は、どこですか?		
I want a __. ～が欲しいです	Reception 受付		
Obstetrics 産科	Examining room 検査室	Waiting room 待合室	Cashier 精算所
Accounting record 会計証明書	Prescription 処方箋	Medical certificate 診断書	Lump sum birth allowance 出産育児一時金
Japan Obstetric Compensation System for Cerebral Palsy 産科医療補償制度	Obstetrician 産科医師		
Midwife 助産師	Pharmacist 薬剤師		
I don't understand. Please explain it one more time. よくわかりません。もう一度説明してください			
Is there a staff who understands Japanese? 日本語の分かるスタッフはいますか?	Is there a staff who understands English? 英語の分かるスタッフはいますか?		
Can you introduce me to a hospital with someone who understands Japanese? 日本語の対応ができる病院を教えてください。			
Can you introduce me to a hospital with someone who understands English? 英語の対応ができる病院を教えてください。			

Body Diagram 身体図

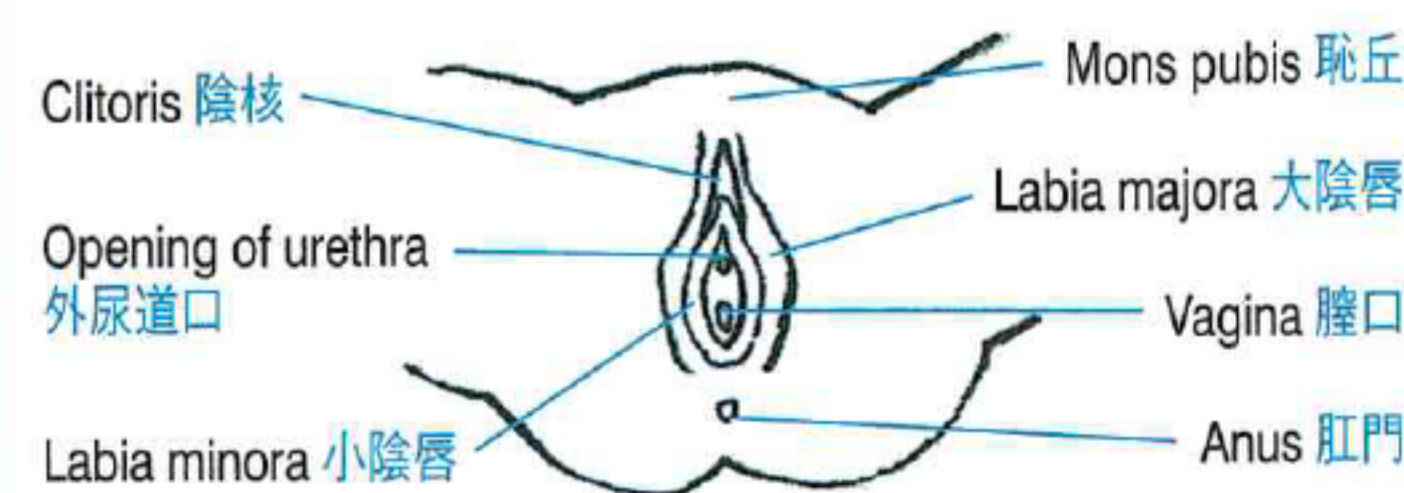
Pregnant female body 妊娠時



Female Body 非妊娠時



External Genitalia Diagram 外陰部図



Conversion table

換算表

Body temperature 体温

Celsius(°C) セ氏	35	36	37	38	39	40
Fahrenheit(°F) カ氏	95.0	96.8	98.6	100.4	102.2	104.0

Weight 質量

Gram (g) グラム	Pound (lb) ポンド	Ounce (oz) オンス
454	1	16

Japanese and English Medical Expression List for Babies and Children

指差し受診対話集〈小児科編〉

How to Use This Japanese and English Medical Expression List for Babies and Children
指差し受診対話集の上手な使い方

1. There is no need to hesitate simply because you do not speak Japanese. You are the customer at the hospital or clinic. If you do not understand something, clearly tell the person you are talking to, "I don't understand."
2. It is not easy to ask questions to or say what you want to in front of a doctor or nurse, even in your first language. It is even more difficult to do those things in a foreign language. We recommend that you make a habit of writing memos before getting a checkup.
3. Please use this Japanese and English Medical Expression List for Babies and Children when your child gets a checkup at a hospital or clinic. If you point to a few words, such as "since yesterday," "diarrhea," and "feverish," the doctor or nurse will be able to understand your child's symptoms.
4. If you do not understand the treatment policies or the name of the illness, please show the appropriate page to the doctor or nurse. If the applicable illness is listed, the doctor or nurse can point to the name of the illness that your child has.
5. Even if you do not speak Japanese, your determination to understand will be communicated. Parents have the right to know the details of the disease that their child has. Please go for checkups without hesitation.

Dr. Yasuhide Nakamura (pediatrician)
Professor, Graduate School of Human Sciences, Osaka University

- 1 言葉が通じないからといって、遠慮する必要はありません。病院やクリニックを受診するあなたは、医療機関のユーザー（利用者）なのです。わからないときは、「わからない」とはっきり相手に伝えてください。
- 2 医師や看護師の前で、聞きたいことや言いたいことを話すのは、母国語でも大変。外国語ではなおさらです。受診する前に、メモする習慣をお勧めします。
- 3 病院やクリニックを受診するとき、この「指差し受診対話集」を活用してください。「昨日から」「下痢」「熱がある」といった単語を並べるだけで、医師や看護師は子どもの症状を理解してくれます。
- 4 治療方針や病名などがわからないときは、そのページを医師や看護師に見せてください。該当する病名があれば、お子さんの病名を指で差してくれるでしょう。
- 5 言葉は通じなくても、絶対に聞きたいというあなたの気持ちは伝わります。子どもの病気のことを十分に理解するのは親の権利です。遠慮せず、堂々と受診してください。

大阪大学大学院人間科学研究科教授 小児科医
中村 安秀

Personal data パーソナルデータ

It is a good idea to write down the personal data of the parent and child in the space on page 1. Have you written down the details of the mother's pregnancy and delivery starting on page 2? Check these sections before getting a checkup. They contain important information that will help doctors accurately understand the health conditions of your child.

P1 記入欄に、保護者とお子さんのパーソナルデータを必ず記入しておきましょう。P2からのお母さんの妊娠中・分娩時の情報も記入してありますか？ 受診前に確認しておきましょう。お子さんの健康状態を知るうえでも大切な情報です。

Your child's nationality
お子さんの国籍

Cause 原因

Hit 打った 	Fell 落ちた 	Tripped 転んだ 	Banged ぶつかった 
Cut 切った 	Stung 刺した 	Stung 刺された 	Bitten 噛まれた 
Twisted ひねった 	Ate 食べた 	Swallowed 飲んだ 	

When / How long いつ、いつから

Just now 先ほど	Since this morning 今朝から	Since yesterday 昨日から	Since a few days ago 2・3日前から
Happens sometimes ときどき	Happened before 前にもあった	Never happened before はじめてのこと	

Systemic symptoms 症状一全身的なもの

The following symptom is (was) present. 次の症状があります (ありました)


Fever 熱がある 	Pain 痛がる 	Coughing 咳が出る 	Extremely weak ぐったりしている 
No appetite 食欲がない 	Refusal to drink 飲まない 	Vomiting 吐いた 	Nausea 吐き気がある 
Twitching / Seizure 痙攣した 	Rash 発疹が出た 	Persistent crying 泣き止まない 	Fast breathing 呼吸が早い 
Held breath 呼吸を止める 	Bedwetting おねしょ 	Diarrhea 下痢をした 	Constipation 便秘 
Upset stomach お腹がはる 			

Symptoms on body parts 症状一部分的なもの

The following symptom is (was) present. 次の症状があります (ありました)

Eyes 目 


Hyperemia 充血 	Mucus 目やにが出る 	Pus 膿が出る 	Furuncle できものがある 
Itchy かゆがる 	Failing vision 視力低下 	Dizziness めまいがする 	Squint 斜視 

Ears/Nose 耳と鼻 

Pus 膿が出る 	Difficulty in hearing 聞こえにくい 	Runny ear 耳だれが出る 	Tinnitus 耳鳴りがする 
Pain 痛がる 	Runny nose 鼻水が出る 	Stuffy nose 鼻がつまる 	Nose bled 鼻血 

Mouth 

Spotted 斑点がある 	Blisters 水泡がある 	Lost filling 詰めものが取れた 	Pain on the teeth 歯を痛がる 
Pain on the gum 歯茎を痛がる 	Pain on the tongue 舌を痛がる 	Tooth chipped 歯が欠けた 	

Face 顔 

Bloated むくみがある 	Pale 顔色が悪い 	Swelling 腫れている 	Rash 湿疹がある 
Itchy かゆがる 			

Symptom complaints 症状の訴え

The following symptom is (was) present. 次の症状があります (ありました)

Headache 頭痛 	Painful 痛がる 	Stomach pain 腹痛 	Itchy かゆがる 
Swollen 腫れている 	Hot 熱い 	Chills 寒けがする 	

Intensity of pain 痛みの程度

Strong 強い	Mild 軽い
--------------	------------

Types of pain 痛みの種類

Gripping きりぎり	Throbbing ずきずき	Tingling ちくちく	Sore to the touch 触れると痛い
Stinging しみる	Be numbed しびれる		

Immunization 予防接種

Polio ポリオ	BCG BCG	Diphtheria ジフテリア	Tetanus 破傷風
Pertussis 百日せき	Measles 麻疹 (はしか)	Rubella 風しん	Mumps おたふくかぜ
Hepatitis A A型肝炎	Hepatitis B B型肝炎	Haemophilus influenzae type b (Hib) インフルエンザ菌b型 (Hib)	Streptococcus pneumoniae 肺炎球菌
Japanese encephalitis 日本脳炎	Varicella 水痘 (水ぼうそう)	Rotavirus ロタウイルス	Influenza インフルエンザ
Rabies 狂犬病	Yellow fever 黄熱病	Human papilloma virus ヒトパピローマウイルス (子宮頸がん)	
Wish to be immunized No wish to be immunized	予防接種を受けたい 予防接種を受けたくない	Immunized Not immunized	予防接種を受けている 予防接種を受けていない

Allergy アレルギー

I am allergic to following item. 次のものにアレルギーがあります

Foods 食べ物

Soy beans 大豆 	Milk products 乳製品 	Wheat 小麦 	Egg 卵 
Shellfish エビ・カニ 	Peanut ピーナッツ 		

Medications 薬

Penicillin ペニシリン	Sulfonamide サルファ剤	Pyrazolone drugs ピリン系	Antibiotics 抗生物質
---------------------	----------------------	--------------------------	---------------------

Others その他

Latex ラテックス	Metal 金属	Silk / Cotton 絹・木綿	Cedar pollen スギ花粉	House dust ハウスダスト
Fungus カビ	Cat hair 猫	Dog hair 犬	Mite ダニ	

Treatment 治療

Drug administration 投薬	Hospital visits/Hospitalization 通院/入院	(Necessary) 必要	(Unnecessary) 不要	Surgery 手術
Course observation 経過観察	Treatment 治療	(Wish to be treated) 治療を受けたい	(Wish not to be treated) 治療を受けたくない	

Direction for use of a drug 薬の用法

For intake 飲む	External application 塗る	Suppository 座薬	Before meal 食前	Between meals 食間
After meal 食後	When a symptom appears 症状が出たら	When pain is felt 痛みが出たら飲む	When fever is developed 熱が出たら飲む	

Side effects of a drug 薬の副作用

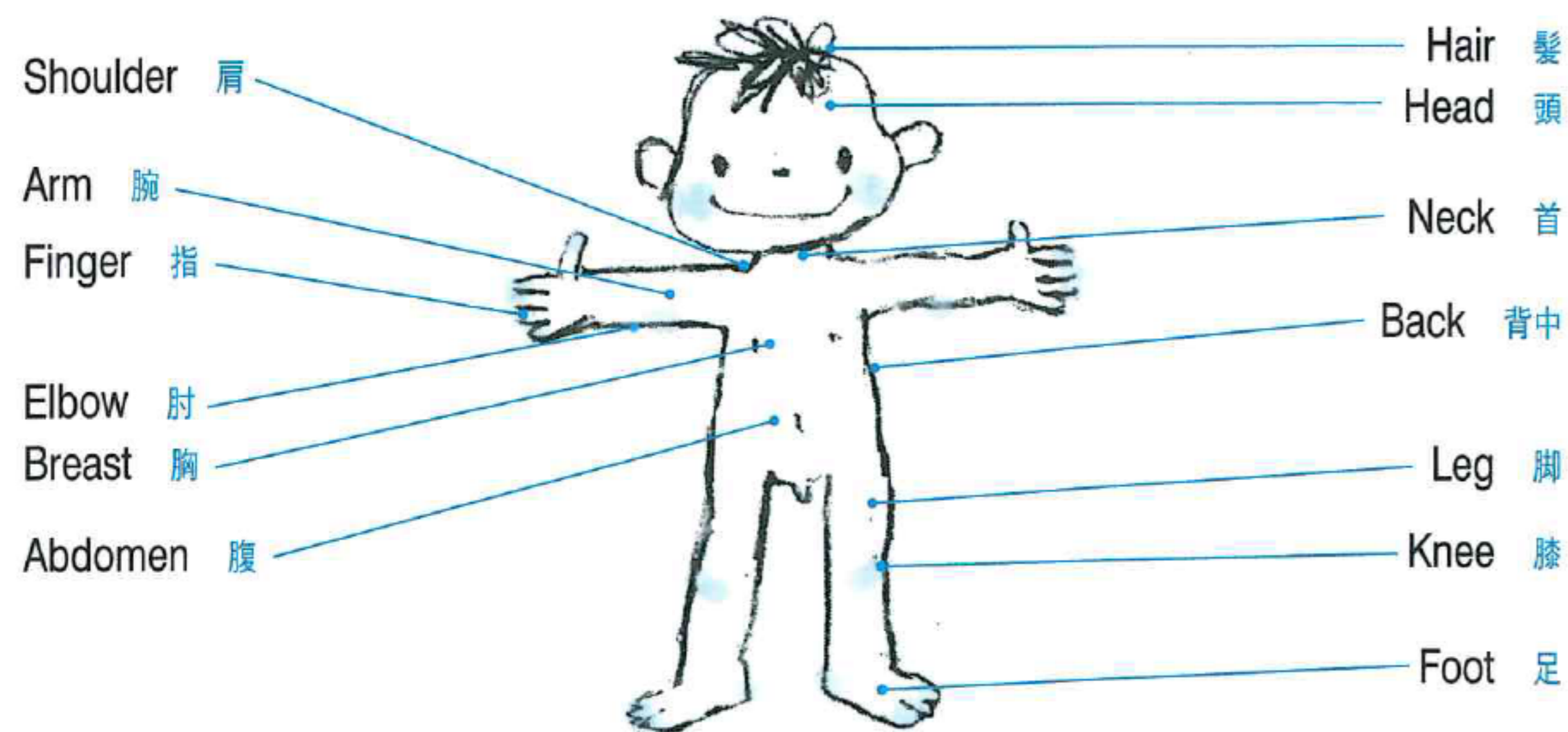
Sleepiness 眠気	Vomiting 吐きけ	Diarrhea 下痢	Allergic reaction アレルギー反応	Fatigability 疲れやすい
Insomnia 不眠症	Headache 頭痛	Loss of appetite 食欲不振	Swelling むくみ	Rash 発疹

Disease names 病名

Roseola infantum 突発性発疹	Influenza インフルエンザ
Measles はしか	Mumps おたふくかぜ
Varicella 水痘 (水ぼうそう)	Rubella 風しん
Pertussis 百日せき	Hemolytic streptococcal infection 溶連菌感染症
Conjunctivitis 結膜炎	Pharyngitis 咽頭炎
Tonsillitis 扁桃腺炎	Urinary tract infection 尿路感染症
Bronchitis 気管支炎	Pneumonia 肺炎
Meningitis 髄膜炎	Acute gastroenteritis 急性胃腸炎
Otitis media 中耳炎	Stomatitis 口内炎
Rhinitis 鼻炎	Urticaria じんましん
Impetigo とびひ	Febrile convulsion 熱性けいれん
Heatstroke 熱射病	Bronchial asthma 気管支ぜんそく
Anemia 貧血	Bone fracture 骨折
Bone dislocation 脱臼	Sprain ねんざ

Dialog/Terminology 会話・単語

I have a drug (drugs) that I regularly take. 常用している薬があります			
Do you accept medical insurance? 保険は使えますか?			
How long is the wait? どれくらい待ちますか?			
When should I come next? 次回はいつ来たらいいですか?			
Can I make an appointment? 予約はできますか?			
About how much does the test cost? 検査費用はどれくらいかかりますか?			
Is there a need for hospitalization? 入院する必要がありますか?			
How much will the hospital stay cost? 入院費用はどれくらいかかりますか?			
I would like to know the diagnosis. 診断の結果を教えてください。			
How does it look? どんな様子ですか?			
I don't understand. Please explain it one more time. よくわかりません。もう一度説明してください			
Is there a staff who understands Japanese? 日本語のわかるスタッフはいますか?		Is there a staff who understands English? 英語のわかるスタッフはいますか?	
Reception 受付	Pediatrics 小児科	Examining room 検査室	Waiting room 待合室
Cashier 精算所	Pharmacist 薬剤師	Public health nurse 保健師	Midwife 助産師
Health certificate 健康証明書	Vaccination certificate 予防接種証明書	Prescription 処方箋	Accounting record 会計証明書
Medical certificate 診断書			



Celsius(°C)/Fahrenheit(°F) conversion table セ氏(°C)・カ氏(°F)換算表

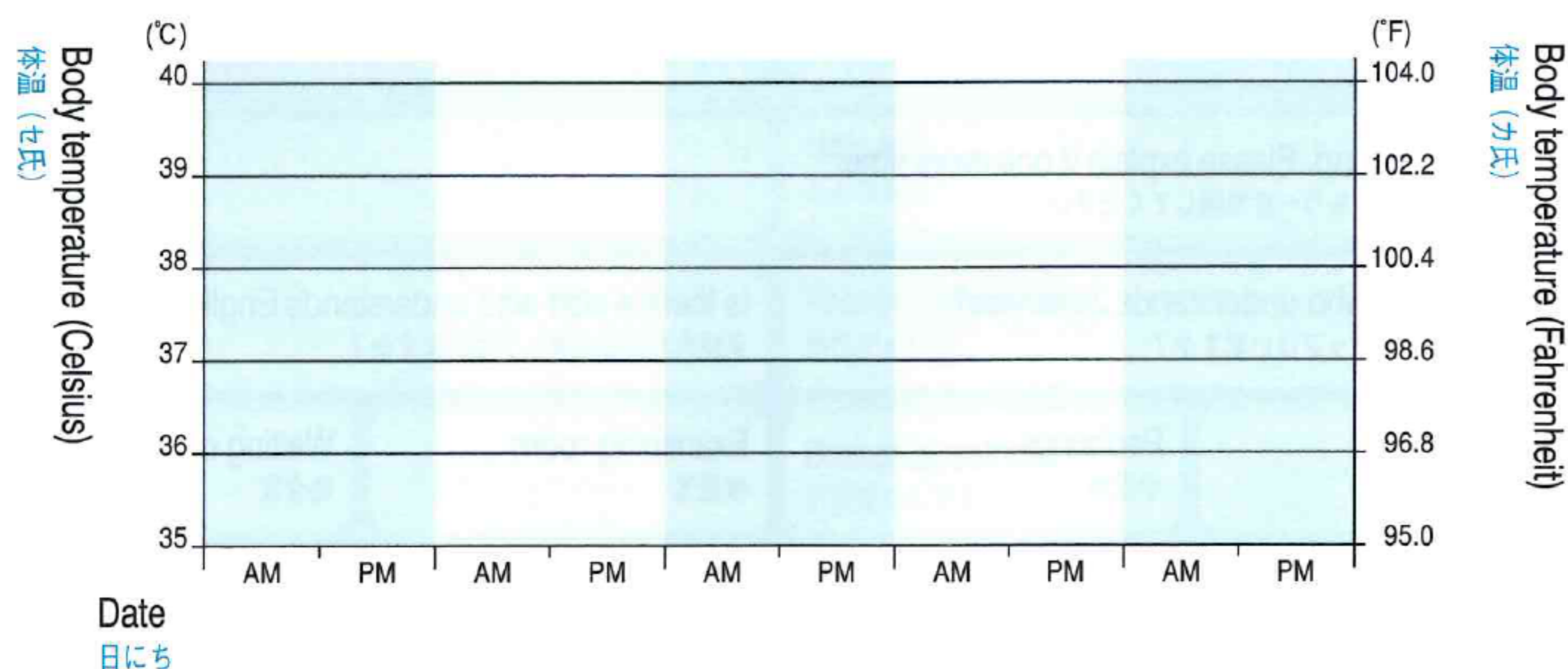
Body temperature 体温

Celsius(°C) セ氏	35	36	37	38	39	40
Fahrenheit(°F) カ氏	95.0	96.8	98.6	100.4	102.2	104.0

(F = 9/5 × C + 32)

Transition of body temperature (Fill in as needed)

体温測定表 (必要に応じて記入)



If you find any of the following symptoms, please put a checkmark next to it. 症状にチェックを入れてください。

- Coughing 咳
 Diarrhea 下痢
 Fever 発熱
 Other 其他

Preparing for Childbirth

Women from foreign countries who now live in Japan and who are pregnant may want to return to their home countries for childbirth or have family members from their home countries come to Japan. It is a good idea to complete the designated procedures for entering or leaving Japan as early as possible.

More information on the designated procedures mentioned above is provided on the Web site of the Immigration Bureau of Japan (www.immi-moj.go.jp/).

- 出産に備えて -

在日外国人の妊婦さんは、出産に備えて母国に帰ったり、あるいは母国から応援のご家族が来日することもあるかもしれませんね。入国・出国の手続きは、時間に余裕をもって早めに開始するようにしましょう。手続きについて詳細は「入国管理局ホームページ」<http://www.immi-moj.go.jp/>に掲載されています。

First edition: 1995
 2013 version published in May 2013
 Published by: Mothers' and Children's Health Organization
 1-6-8, Yushima, Bunkyo-ku, Tokyo
 Tel: 03-4334-1188

Publisher: Katsuya Kamiya
 Editing assistance: Mothers' and Children's Health and Welfare Association
 [Revised based on Revised Maternal and Child Health Law Enforcement Regulations as of December 28, 2011; the announcement (No. 1228-1) of the Director of Ministry of Health, Labour and Welfare; and the announcement (No. 0113-1) of the Director of the Maternal and Child Health Division, Ministry of Health, Labour and Welfare as of January 13, 2012. Final revision, based on the announcements (No. 0129-1 and No. 0330-3) of the Director of the Maternal and Child Health Division, Ministry of Health, Labour and Welfare on January 29, 2013 and March 30, 2013, respectively.]

1995年初版
 2013年版 2013年5月発行
 発行：母子保健事業団
 東京都文京区湯島1-6-8
 TEL 03-4334-1188

発行人：神谷克也
 編集協力：公益財団法人 母子衛生研究会

[平成23年12月28日母子保健法施行規則改正及び厚生労働省局長通知(雇児発1228第1号)及び平成24年1月13日母子保健課長通知(雇児母発0113第1号)に基づく。最終改正は平成25年1月29日厚生労働省母子保健課長通知(雇児母発0129第1号)及び同年3月30日付同通知(雇児母発0330第3号)]

不許複製 ©

No reproduction permitted without authorization.