

## 転入前の記録 ～予防接種歴調べ・乳幼児健診受診歴調べ～

案内用紙をよくお読みのうえ、表面をご記入し、母子健康手帳のコピー（予防接種の記録（1）～（5）ページすべて）と一緒に、西尾市健康課（西尾市保健センター内）窓口にお越しいただくか、電子申請でお申し込みください。  
※裏面は記入不要です。

転入前住所	都道府県			市区町村	または、国名（	）
現住所	〒 西尾市					
フリガナ				お子さんの生年月日	年	月 日
お子さんの氏名				保護者氏名	（続柄：	
				電話番号 <small>（日中連絡のとれる番号）</small>	）	

### ＜予防接種＞

窓口へお越しの場合に必要なもの

この用紙（転入前の記録）、母子健康手帳（ない方は予防接種をしたことがわかる書類）

市外接種を希望される方

窓口で母子健康手帳を持って市外接種の申し込みをしていただくか、西尾市ホームページ「西尾市外での定期予防接種を希望される方へ」から電子申請でお申し込みください。

～4歳未満の方は、こちらもご記入ください～

### ＜乳幼児健康診査等＞

出生時の状況		出生順位	妊娠期間	出生場所 例：〇〇産婦人科	出生時の異常の有無
体重 g	身長 cm	第 子	週 日		なし
頭囲 cm	胸囲 cm				あり（
乳幼児健康診査等の種類	受診日（訪問日）	体重・身長		受診結果	健康診査を受けた場所 例：〇〇産婦人科 〇〇保健センター
1か月児健康診査	年 月 日	g・	cm	健康・要観察	
こんにちは赤ちゃん訪問	年 月 日	g・	cm		
4か月児健康診査	年 月 日	g・	cm	健康・要観察	
6～10か月児健康診査 （第2回乳児健康診査）	年 月 日	g・	cm	健康・要観察	
1歳6か月児健康診査	年 月 日	kg・	cm	健康・要観察	
3歳児健康診査	年 月 日	kg・	cm	健康・要観察	

（保健センターに伝えたいこと）

（市処理欄）

※裏面は市処理欄です

予防接種の種類		接種日		予防接種の種類		接種日			
インフルエンザ菌b型 (Hib)	1回目	年	月	日	ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ Hib (五種混合)	1回目	年	月	日
	2回目	年	月	日		2回目	年	月	日
	3回目	年	月	日		3回目	年	月	日
	追加	年	月	日		追加	年	月	日
小児肺炎球菌	1回目	年	月	日	BCG		年	月	日
	2回目	年	月	日	麻しん風しん (MR)	1期	年	月	日
	3回目	年	月	日		2期	年	月	日
	追加	年	月	日	水痘	1回目	年	月	日
B型肝炎	1回目	年	月	日		2回目	年	月	日
B型肝炎	2回目	年	月	日	日本脳炎	1回目	年	月	日
	3回目	年	月	日		2回目	年	月	日
	追加	年	月	日		追加	年	月	日
ロタウイルス	ワクチンの種類：ロタリックス・ロタテック			任意予防接種					
	1回目	年	月						日
	2回目	年	月	日	おたふく	1回目	年	月	日
	3回目 <small>(ロタテックのみ)</small>	年	月	日		2回目	年	月	日
ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ (四種混合)	1回目	年	月	日					
	2回目	年	月	日					
	3回目	年	月	日					
	追加	年	月	日					

窓口担当	共通	<p>・提出方法 電子申請 ・ 郵送 ・ 窓口(来所者:本児・母・ ) 担当: _____</p> <p>・住基確認 (宛番号: _____)、(転入日 年 月 日)</p> <p>・国籍 日本以外(国名: _____)</p> <p>・再転入 なし ・ あり(前回交付の予診票: 破棄済 ・ 再利用)</p>
	予防接種	<p>・予診票交付 後日郵送・後日窓口( / )・窓口交付済( )、該当予防接種なし(説明:済・未)</p> <p>・広域希望 なし ・ あり</p> <p><input type="checkbox"/>母子手帳コピー</p> <p><input type="checkbox"/>母子手帳交付 なし ・ あり</p> <p><input type="checkbox"/>接種履歴み解き 不必要 ・ 必要 (接種歴コピー・母子手帳コピー) 再来日( / AM・PM )</p>
	母子保健	<p>【4歳未満】 <input type="checkbox"/>健診案内 一括案内 ・ 当日案内済 ( 健診、 月 日、 : ~)</p> <p>【1歳未満】 <input type="checkbox"/>乳健差替</p> <p><input type="checkbox"/>かみかみ ( 月 日) <input type="checkbox"/>アプリ(済・未)</p> <p><input type="checkbox"/>赤ちゃん訪問 ( 月 日) ・ 後日案内 <input type="checkbox"/>IDシール</p> <p><input type="checkbox"/>妊婦支援給付金(2回目)申請 (未・前市で申請済) 子どもID( )</p> <p>【2か月未満】 <input type="checkbox"/>転入前の市町村での予診票交付 なし ・ あり 保護者ID( )</p>
事業担当	<p>予防接種:送付歴入力 <input type="checkbox"/>再転入者案内</p> <p><input type="checkbox"/>予診票(郵送・窓口・不要) <input type="checkbox"/>処理日( 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/>広域連絡票(同封・郵送) <input type="checkbox"/>入力 <input type="checkbox"/>入力確認</p>	<p>母子保健</p> <p><input type="checkbox"/>IDシール(郵送・窓口)</p>