

健感発 0330 第 1 号  
雇児母発 0330 第 2 号  
平成 25 年 3 月 30 日

公益社団法人日本産科婦人科学会理事長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長  
( 公 印 省 略 )

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長  
( 公 印 省 略 )

母子保健法施行規則の一部を改正する省令の公布及び  
母子健康手帳の記載事項の取扱いについて

平素より、予防接種行政及び母子保健行政にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

予防接種法の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 8 号）の施行に伴い、本年 4 月 1 日より H i b 感染症、小児の肺炎球菌感染症及びヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種が定期接種の対象になります。

これを踏まえ、母子保健法施行規則（昭和 40 年厚生省令第 55 号）に基づく母子健康手帳の様式の一部について、母子保健法施行規則の一部を改正する省令（平成 25 年厚生労働省令第 51 号）に基づき改正し、同日より適用することにしていきますので、その改正内容及び母子健康手帳の記載事項の取扱いについて、別紙のとおり、都道府県、政令市及び特別区衛生・母子保健主管部（局）長あて通知しました。

つきましては、貴職におかれましても、当該取扱いについて、貴会会員にご周知いただくとともに、今後の円滑なワクチン接種に特段のご配慮をいただきますようお願いいたします。

健感発 0330 第 1 号  
雇児母発 0330 第 1 号  
平成 25 年 3 月 30 日

各 { 都道府県  
政令市  
特別区 } 衛生・母子保健主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長  
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長  
（ 公 印 省 略 ）

母子保健法施行規則の一部を改正する省令の公布及び  
母子健康手帳の記載事項の取扱い等について

平素より、予防接種行政及び母子保健行政にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

予防接種法の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 8 号）の施行に伴い、本年 4 月 1 日より H i b 感染症、小児の肺炎球菌感染症及びヒトパピローマウイルス感染症（以下「HPV」という。）に係る予防接種が定期接種の対象になります。

これを踏まえ、母子保健法施行規則（昭和 40 年厚生省令第 55 号）に基づく母子健康手帳の様式の一部について、母子保健法施行規則の一部を改正する省令（平成 25 年厚生労働省令第 51 号）に基づき改正し、同日より適用することにしていきますので、下記 1 の内容について御了知頂くとともに、貴管内市町村に周知し、事務の取扱いに遺漏のないようお願いいたします。

また、既に交付している母子健康手帳の取扱い等について、下記 2 に記載していますので、併せてご留意頂き、円滑なワクチン接種に特段のご配慮をお願いいたします。

なお、母子健康手帳の任意記載事項様式の取扱いについては、別途通知でお示しします。

## 記

### 1. 母子保健法施行規則の一部改正について

#### (1) 改正の趣旨

予防接種法の一部を改正する法律（平成25年法律第8号）の施行に伴い、本年4月1日よりH i b感染症、小児の肺炎球菌感染症及びHPVに係る予防接種が定期的予防接種の対象になる。これを踏まえ、母子保健法施行規則において規定している母子健康手帳の様式について（2）の改正を行う。

#### (2) 改正の内容

母子保健法施行規則様式第3号中、H i b感染症、小児の肺炎球菌感染症及びHPVに係る予防接種の記録欄を追加するとともに、1歳6か月児健診、3歳児健診及び6歳児健診の結果を記載するページにおける予防接種の記録欄に、H i b感染症及び小児の肺炎球菌感染症に係る予防接種を追加するほか、所要の改正を行う。

#### (3) 施行期日等

- ① 平成25年4月1日から施行すること。
- ② 母子保健法施行規則の一部を改正する省令の施行の際、現にある、改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができること。

### 2. 既に交付している母子健康手帳の取扱い等

#### (1) 既に交付している母子健康手帳の取扱い

- 既に交付している母子健康手帳、平成25年4月1日時点で現にあるものについては、当分の間、これを取り繕って使用することができるものとする。
- その際には、任意様式のH i b感染症、小児の肺炎球菌感染症及びHPVに係る予防接種の記録欄に記録するなど、分かりやすい接種の記録が行われるよう情報提供に努めること。また、この場合であっても、予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）第4条第3項の規定に基づき、予防接種済証の交付に代えて、母子健康手帳に証明すべき事項を記載したものとなる。

#### (2) 妊産婦や乳幼児のいる家庭等に対する情報提供

(1)の内容と併せ、H i b感染症、小児の肺炎球菌感染症及びHPVに係る予防接種の定期接種化について、衛生主管部局と母子保健主管部局とで連携しながら、母子健康手帳の交付の機会等を利用し、既に母子健康手帳を交付した方を含む妊産婦や乳幼児のいる家庭等に対する情報提供に努めること。

<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。>

子 の 保 護 者	続柄	氏名	生年月日(年齢)	職業
	母 (妊婦)		年 月 日生( 歳)	
	父		年 月 日生( 歳)	
			年 月 日生( 歳)	
居住地	電話			
	電話			
	電話			

出生届出済証明

子の氏名	男・女		
出生の場所	都道府県	市区町村	
出生の年月日	年	月	日

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。

市区町村長 印

※赤ちゃんが生まれたら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。

<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。>

子 の 保 護 者	続柄	氏名	生年月日(年齢)	職業
	母 (妊婦)		年 月 日生( 歳)	
	父		年 月 日生( 歳)	
			年 月 日生( 歳)	
居住地	電話			
	電話			
	電話			

出生届出済証明

子の氏名	男・女		
出生の場所	都道府県	市区町村	
出生の年月日	年	月	日

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。

市区町村長 印

※赤ちゃんが生まれたら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。

<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。>

### 1歳6か月児健康診査

( 年 月 日実施・ 歳 か月)

体重	kg	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm
栄養状態：良・要指導	母乳：飲んでいない・飲んでいる		離乳：完了・未完了
目の異常 (眼位異常・視力・その他)	なし・あり・疑 ( )	耳の異常 (難聴・その他)	なし・あり・疑 ( )
予防接種 (受けているものに○を付ける)	Hib 小児肺炎球菌 ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ BCG 麻しん 風しん		

#### 健康・要観察

歯 の 状 態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	むし歯の罹患型：O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> A B C 要治療のむし歯：なし・あり ( 本) 歯の汚れ：きれい・少ない・多い 歯肉・粘膜：異常なし・あり ( ) かみ合わせ：よい・経過観察 ( 年 月 日診査)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

#### 特記事項

施設名又は  
担当者名

次の健康診査までの記録  
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

年 月 日	年 齢	体 重	身 長	特 記 事 項	施設名又は 担当者名
		kg	cm		

※むし歯の罹患型 O<sub>1</sub>：むし歯なし、歯もきれい O<sub>2</sub>：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

<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。>

### 1歳6か月児健康診査

( 年 月 日実施・ 歳 か月)

体重	kg	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm
栄養状態：良・要指導	母乳：飲んでいない・飲んでいる		離乳：完了・未完了
目の異常 (眼位異常・視力・その他)	なし・あり・疑 ( )	耳の異常 (難聴・その他)	なし・あり・疑 ( )
予防接種 (受けているものに○を付ける)	ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ BCG 麻しん 風しん		

#### 健康・要観察

歯 の 状 態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	むし歯の罹患型：O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> A B C 要治療のむし歯：なし・あり ( 本) 歯の汚れ：きれい・少ない・多い 歯肉・粘膜：異常なし・あり ( ) かみ合わせ：よい・経過観察 ( 年 月 日診査)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

#### 特記事項

施設名又は  
担当者名

次の健康診査までの記録  
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

年 月 日	年 齢	体 重	身 長	特 記 事 項	施設名又は 担当者名
		kg	cm		

※むし歯の罹患型 O<sub>1</sub>：むし歯なし、歯もきれい O<sub>2</sub>：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

幼児

幼児

新

1日

<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。>

### 3歳児健康診査

( 年 月 日実施・ 歳 か月)

体重	kg	身長	cm
頭囲	cm	栄養状態：ふとり気味・普通・やせ気味	
目の異常（眼位異常・視力・その他）：なし・あり・疑（ ）			
耳の異常（難聴・その他）：なし・あり・疑（ ）			
予防接種（受けていないものを○にする）		Hib 小児肺炎球菌 ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ BCG 麻疹 風しん 日本脳炎	

#### 健康・要観察

歯 の 状 態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	むし歯の罹患型：O A B C <sub>1</sub> C <sub>2</sub> 要治療のむし歯：なし・あり（ 本） 歯の汚れ：きれい・少ない・多い 歯肉・粘膜：異常なし・あり（ ） かみ合わせ：よい・経過観察 （ 年 月 日診査）
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

#### 特記事項

施設名又は担当者名	
-----------	--

#### 次の健康診査までの記録 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重	身長	特記事項	施設名又は担当者名
		kg	cm		

※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 C<sub>1</sub>：下前歯がむし歯 C<sub>2</sub>：下前歯やその他にむし歯

<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。>

### 3歳児健康診査

( 年 月 日実施・ 歳 か月)

体重	kg	身長	cm
頭囲	cm	栄養状態：ふとり気味・普通・やせ気味	
目の異常（眼位異常・視力・その他）：なし・あり・疑（ ）			
耳の異常（難聴・その他）：なし・あり・疑（ ）			
予防接種（受けていないものを○にする）		ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ BCG 麻疹 風しん 日本脳炎	

#### 健康・要観察

歯 の 状 態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	むし歯の罹患型：O A B C <sub>1</sub> C <sub>2</sub> 要治療のむし歯：なし・あり（ 本） 歯の汚れ：きれい・少ない・多い 歯肉・粘膜：異常なし・あり（ ） かみ合わせ：よい・経過観察 （ 年 月 日診査）
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

#### 特記事項

施設名又は担当者名	
-----------	--

#### 次の健康診査までの記録 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重	身長	特記事項	施設名又は担当者名
		kg	cm		

※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 C<sub>1</sub>：下前歯がむし歯 C<sub>2</sub>：下前歯やその他にむし歯

幼児

幼児

6 歳 児 健 康 診 査  
( 年 月 日実施・ 歳 か月)

体 重	kg	身 長	cm
頭 囲	cm	栄養状態：ふとり気味・普通・やせ気味	
目の異常（眼位異常・視力：右（ ）・左（ ）・その他）：なし・あり・疑（ ）			
耳の異常（難聴・その他）：なし・あり・疑（ ）			
予防接種（ <small>接種済みの○を付ける。</small> ）	Hib 小児肺炎球菌 <small>ジフテリヤ 百日咳 破傷風 ポリオ</small> BCG 麻しん 風しん 日本脳炎		

健康・要観察

歯 の 状 態	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	要治療のむし歯：なし・あり (乳歯 本 永久歯 本) 歯の汚れ：きれい・少ない・多い 歯肉・粘膜：異常なし・あり（ ） かみ合わせ：よい・経過観察 歯・口腔の疾病異常：（ ） ( 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	
	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	

特記事項

施設名又は担当者名	
-----------	--

次の健康診査までの記録  
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

年 月 日	年 齢	体 重	身 長	特 記 事 項	施設名又は担当者名
		kg	cm		

6 歳 児 健 康 診 査  
( 年 月 日実施・ 歳 か月)

体 重	kg	身 長	cm
頭 囲	cm	栄養状態：ふとり気味・普通・やせ気味	
目の異常（眼位異常・視力：右（ ）・左（ ）・その他）：なし・あり・疑（ ）			
耳の異常（難聴・その他）：なし・あり・疑（ ）			
予防接種（ <small>接種済みの○を付ける。</small> ）	ジフテリヤ 百日咳 破傷風 ポリオ BCG 麻しん 風しん 日本脳炎		

健康・要観察

歯 の 状 態	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	要治療のむし歯：なし・あり (乳歯 本 永久歯 本) 歯の汚れ：きれい・少ない・多い 歯肉・粘膜：異常なし・あり（ ） かみ合わせ：よい・経過観察 歯・口腔の疾病異常：（ ） ( 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	
	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	

特記事項

施設名又は担当者名	
-----------	--

次の健康診査までの記録  
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

年 月 日	年 齢	体 重	身 長	特 記 事 項	施設名又は担当者名
		kg	cm		

予防接種の記録 (1)  
Immunization Record

感染症から子ども (自分の子どもはもちろん、周りの子どもたちも) を守るために、予防接種は非常に効果の高い手段の一つです。子どもたちの健康を守るために予防接種の効果と副反応をよく理解し、子どもに予防接種を受けさせましょう。

ワクチンの種類 Vaccine		接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
インフルエンザ菌型 (Hib) Haemophilus type b	1回				
	2回				
	3回				
	追加				
小児肺炎球菌 (7価結合型) Streptococcus	1回				
	2回				
	3回				
	追加				

予防接種

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ Diphtheria · Pertussis · Tetanus · Polio					
時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期初回	1回				
	2回				
	3回				
第1期追加					

予防接種の記録 (1)  
Immunization Record

感染症から子ども (自分の子どもはもちろん、まわりの子どもたちも) 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、予防接種を受けましょう。

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ Diphtheria · Pertussis · Tetanus · Polio					
時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期初回	1回				
	2回				
	3回				
第1期追加					

予防接種

BCG			
接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

●薬剤や食品などのアレルギー記入欄

新

予防接種の記録 (2)

BCG			
接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

ワクチンの種類 Vaccine		接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
麻疹 (はしか) Measles	第1期				
風しん Rubella	第2期				

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

予防接種

目

予防接種の記録 (2)

ワクチンの種類 Vaccine		接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
麻疹 (はしか) Measles	第1期				
風しん Rubella	第2期				

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

予防接種

--	--	--	--	--

新

日

予防接種の記録 (3)

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

●薬剤や食品などのアレルギー記入欄

(新規)

予防接種

●その他