



Medical Information Services
Vital Statistics
F4556 Maternal Child Health Center
Ann Arbor, Michigan 48109-2435
Telephone: (734) 936-7481
Fax: (734) 936-8571

出生証明書の提出に必要な情報

以下の項目に記入し、看護婦の受付までできるだけはやく提出してください。読みやすい書体ではっきりご記入ください。

注意：出生証明書は法的文書であり、以下の記入事項に基づいて作成されます。このため、本用紙には各項目にもれなくご記入ください。記入もれがあった場合、ミシガン州では出生証明書の提出が受理されません。以下の情報の提出は法律で義務付けられています。なお、記入に当たっては間違いのないよう特にご注意ください。偽りの記述は法律により禁じられています。

1 赤ちゃんの氏名: 1. Child's Name:		(名) (First)	(ミドルネーム) (Middle)	(姓) (Last)		
2a. 性別 2a. Sex	2b. 単胎, 双胎 (双子以上では人数を明記) 2b. Single, Twin, etc. (Specify)	2c. 多胎の場合1人目, 2人目, 3人目 など (特定すること) 2c. If not single, born 1 st , 2 nd , 3 rd , ect. (Specify)	2d. 出生日 2d. Date of Birth	2e. 出生時間 2e. Time of Birth	2f. 出生時の体重 2f. Birth Weight	
3a 母親の氏名 (名、ミドルネーム、姓) 3a. Mother's Name (First, Middle, Last)		3b. ソーシャルセキュリティ番号 3b. Social Security Number	3c. 出生地-U.S.Aでない場合. 3 c. State of Birth - Name Country if not U.S.A.		3d. 生年月日 (月, 日, 年) 3d. Date of Birth (Month, Day, Year)	
3e. 母親の旧姓 3e. Birth Mother's Maiden Name		3f. 住民 (一つだけ選ぶ) 3f. Residence (Check one box only and specify) _____ 市または村 _____ Inside City or Village of _____ タウンシップ _____ Township of _____		3g. カウンティ 3g. County		3h. 州 3h. Sate
3i. 婚姻の状態 (未婚, 既婚, 未亡人, 離婚) 日付 (月、年) 離婚あるいは配偶者が死亡の場合. 3i. Marital Status (Single, Married, Widowed, Divorced) Date (Month, Year) divorced or widowed.			3j. 未婚の母親のみ記入: 以下の署名は、ミシガン大学ヘルスシステムの父権宣誓供述書に記入することを拒否したことを意味します 3j. FOR UNMARRIED MOTHERS ONLY: My signature below indicates that I refused the opportunity to complete the affidavit of paternity University of Michigan Health System <div>署名 _____ 日付 _____ Signature Date</div>			
4a. 父親の氏名 (名、ミドルネーム、姓) 4a. Father's Name (First, Middle, Last)		4b. ソーシャルセキュリティ番号 4b. Social Security Number	4c. 出生地-U.S.A. でない場合 4d. State of Birth - Name Country if not U.S.A.		4d 生年月日 (月, 日, 年) 4d. Date of Birth (Month, Day, Year)	

5. 母親の現住所 (ストリート番号, 都市または村, 州, ジップコード) 5. <i>Mother's Mailing Address (Street Number, City or Village, Zip)</i>		
6. 父親の現住所 (母親と別の場合のみ) 6. <i>Father's Mailing Address (if different)</i>		6a. スペイン系? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 6a. <i>Hispanic?</i> <input type="checkbox"/> <i>yes</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>
7. 家系 – メキシコ系, プエルトリコ系, メキシコ系アメリカ人, 黒人, イギリス系, フランス系, その他 (以下に特記) 7. <i>Ancestry – Mexican, Porto Rican, Chicano, Afro-American, English, French, etc. (Specify below)</i> 母7a. <i>Mother: 7a.</i> 父7b. <i>Father: 7b.</i>	8. 人種 – アメリカインディアン, 黒人, 白人, その他. アジア系の場合は国を明記: 中国人, フィリピン人, インド人, その他 (以下に特記) 8. <i>Race – American Indian, Black, White, etc. If Asian, give nationality, i.e. Chinese, Filipino, Asian Indian, etc. (Specify below)</i> 8a. 8b.	9. 教育 (最終学歴を記入) 小学校/高校 (0-12) 大学 (1-4 または 5+) 9. <i>Education (Specify only highest grade completed) Elementary/Secondary (0-12) College (1-4 or 5+)</i> 8a. 8b.
10. 最終月経の初日 10. <i>Date of Last Normal Period</i>	11. 妊婦検診を開始したのは妊娠何ヶ月の時ですか (1 st , 2 nd , etc.) 11. <i>Month Pregnancy Prenatal Care Begin (i.e. 1st, 2nd, etc.)</i>	12. 妊娠中、何回検診を受けましたか 12. <i>Total Prenatal Visit to Physician or Clinic</i>
13. 出産の回数(死産および今回の妊娠を含めず) 13. <i>Live Births (Do not include this child)</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 13a. 元気な子供の数: 13a. <i>Now Living:</i> 人数 _____ <i>Number</i> なし _____ <i>None</i> </div> <div style="width: 45%;"> 13b. 死亡した子供の数: 13b. <i>Now Dead:</i> 人数 _____ <i>Number</i> なし _____ <i>None</i> </div> </div> 13c. Date de la Dernière Grossesse Viable (Mois, Année) _____ 13c. 最後に健康な赤ちゃんを出産した日付 (月. 年)		13d. Autres Interruptions (Spontanées ou provoquées à n'importe quel moment après la conception) 13d. 流産 (自然流産または人工中絶) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 回数 _____ <i>Number</i> </div> <div style="width: 45%;"> なし _____ <i>None</i> </div> </div> 13.e Date de la dernière Autre Interruption (Mois, Année) _____ 13e. 最後に中絶または流産した日付 (月. 年)
<div style="display: flex;"> <div style="width: 33%;"> 14. 妊娠中: 14. <i>During Pregnancy:</i> 喫煙は? はい いいえ はいの場合、喫煙量を記入 _____ Did you smoke? Yes No If so How Much </div> <div style="width: 33%;"> 15. 妊娠中の体重増加は? 15. <i>Weight gain during pregnancy?</i> </div> <div style="width: 33%;"> 16. 赤ちゃんの 1 回目のB型肝炎予防接種は本病院で受けますか? 16. <i>Will baby receive Hepatitis B vaccine here?</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 33%;"> はい いいえ Yes No </div> <div style="width: 33%;"> 何時? _____ When </div> </div> </div> </div>		
父権宣誓供述書を希望の場合は、退院前に出生証明係りまでお問い合わせください。 IF YOU NEED TO FILE PATERNITY PLEASE CONTACT THE BIRTH CERTIFICATE STAFF BEFORE DISCHARGE		
X _____ 母親または記入者の署名 <i>Signature of Mother or Informant</i>		日付 <i>Date</i>

