

Kazumi HEMMI

Tel & Fax: 044-865-6862

Email: kazumihemmi@ab.cyberhome.ne.jp

翻訳依頼書

(翻訳書は正式書類なので慎重にご記入ください)

希望翻訳書 (該当するものを○で囲んでください) :

1. 母子手帳 2. 健康診断書
3. 病状経過診断書 4. 成人用健康の記録

希望翻訳語: 英 仏 西

ご本人氏名 (パスポートに記載されている活字体ローマ字) : _____

注: 母子手帳翻訳の場合はお子様の氏名をご記入ください。

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

男 女

渡航国: _____

出国予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご連絡先氏名: _____

電話番号: _____

ご連絡用メールアドレス: _____

翻訳書送付先: 〒 _____

留守宅のご連絡先: ご住所: 〒 _____

ご氏名 _____ お電話番号: _____

- 健康診断書、病状経過診断書の翻訳をご希望の場合は、それらのコピーをとり、表1、表2もご記入の上、速達で下記にご送付ください。

健康診断書、病状経過診断書に記載されている

(ふりがな)

病院名、医師名:

(ふりがな)

病院、医院の所在地:

- 母子手帳の翻訳をご希望の場合は、裏面を参照の上、母子手帳の必要なページのコピーをとり、表1、表2を別紙にご記入の上、速達で下記にご送付ください。翻訳完成までには通常2週ほどかかります。尚、翻訳書の準備ができ次第、ご請求金額をご連絡させていただきますので、お振込みはお願いいたします。

〒216-0006 神奈川県川崎市宮前区宮前平 3-6-1-102

電話&FAX: 044-865-6862

Email: kazumihemmi@ab.cyberhome.ne.jp

邊見一美 《へんみかずみ》

母子手帳の「出産の状態」に記載されている出産時の

(ふりがな)

病院名:

(ふりがな)

病院、医院の所在地:

母子手帳の定期健康診断による体重（g） 5歳以下の方は記入して下さい。

検診日	g	検診日	g
生後 1ヶ月		生後 18ヶ月	
生後 3ヶ月		生後 2歳	
生後 6ヶ月		生後 3歳	
生後 9ヶ月		生後 4歳	
生後 12ヶ月		生後 5歳	

●更に以下のものをコピーしてください。

1. 母子手帳の「出産の状態」のページ。
2. もし出産前後の母子に特別な症状が認められた場合はそれが記載されているページ。
3. 受けた予防接種の欄の全ページ。
4. 学校で受けたツ反、BCGなどの検査結果及び予防接種の証明書（健康表）
5. イエローカード、その他予防接種の証明書（外国で受けたものを含む）

注： コピー後予防接種を受けた日付と接種印をご確認ください。

米国現地校（公私立）に入学予定の方は出国前に受ける予防接種については、予め渡辺義一医師にご相談ください（☎044-865-3161）。

表1：本人の子供の頃からの病歴

〔一般の病気、伝染病（はしか、おたふくかぜ、水痘、百日咳も含む）内科的疾患、ケガ、やけど、薬疹を含むアレルギー性疾患、その他〕 治療中のものがありましたら、簡単に治療法も含めて記載してください。

現地の医師に受診する際、本人および家族の病歴を伝えることで、より良い診断や治療を受けることができます。

注：下記の形式で、覚えている病気をすべて別紙に記載してください。

病名	発病年齢	現在治療中	完治

表2：家族の病歴（父母、兄弟、祖父母）

（一般の病気、伝染病、内科的疾患、成人病、糖尿病、薬疹を含むアレルギー性疾患、その他）

続柄	病名	現在治療中	完治

注： 上記の形式で別紙に記載してください。

お断り：既往歴、家族の病歴で記載されたものは、当方で医学的検討の上翻訳を加えますので、必ずしもすべて翻訳されません。