



Birth Certificate Worksheet

Birth Certificates & Vital Statistics
Health Information Management
Phone: (734) 936-7481

出生証明申請用紙

出生証明書&人口動態統計
健康情報管理課
電話 : (734) 936-7481

Please Print Clearly

読みやすい書体ではっきりご記入ください。

JAPANESE

CHILD 赤ちゃん	1. CHILD - NAME 赤ちゃんの氏名					
	First 名	Middle ミドルネーム	Last 姓	Suffix 接尾辞		
MOTHER 母親	2. SEX 性別	3a. PLURALITY - Single, Twin, Triplet, etc. (Specify) 単胎、双胎など (双子以上では、人数を明記)	3b. IF NOT SINGLE BIRTH - First, Second, Third, etc. (Specify) 多胎の場合、1人目、2人目、3人目など (特定すること)	4a. DATE OF BIRTH (Month, Day, Year) 出生日 (月、日、年)	4b. TIME OF BIRTH 出生時間	
	5a. MOTHER'S CURRENT LEGAL NAME (First, Middle, Last) 母親の現在の正式な氏名 (名、ミドルネーム、姓)			5b. MOTHER'S FULL NAME BEFORE FIRST MARRIED (First, Middle, Last) 母親の旧姓名 (名、ミドルネーム、姓)		
FATHER 父親	5c. STATE OF BIRTH - Name country if not USA 出生地 アメリカ以外の場合は国名	5d. DATE OF BIRTH (Month, Day, Year) 出生日 (月、日、年)	5e. CURRENT RESIDENCE - CITY OR VILLAGE, AND TOWNSHIP 現在の居住地 市、村、またはタウンシップ <input type="checkbox"/> INSIDE CITY OR VILLAGE OF _____ <input type="checkbox"/> TWP. OF タウンシップは _____		5f. COUNTY 郡	5g. STATE 州
	6a. MOTHER'S STREET ADDRESS 母親の現住所		6b. ZIP CODE 郵便番号	6c. Mother's mailing address if different (Street Number, City or Village, State, Zip) 母親の郵便住所、現住所と別の場合 (番地、市または村、州、郵便番号)		7. Social security number of mother. 母親のソーシャルセキュリティ番号
	8a. FATHER'S CURRENT LEGAL NAME (First, Middle, Last) 父親の現在の正式な氏名		8b. State of birth - Name of country if not USA 出生地 アメリカ以外の場合は国名	8c. DATE OF BIRTH (Month, Day, Year) 出生日 (月、日、年)	9. Social security number of father. 父親のソーシャルセキュリティ番号	
10a. FATHER'S STREET ADDRESS (if different from Mother) 父親の現住所(母親と別の場合)		10b. COUNTY (if different from Mother) 郡 (母親と別の場合)	10c. STATE (if different from Mother) 州 (母親と別の場合)	10d. ZIP CODE 郵便番号		
10e. Current Residence - City or Village, and Township (if different from Mother) 現在の居住地 市、村、またはタウンシップ (母親と別の場合) <input type="checkbox"/> INSIDE CITY OR VILLAGE 市または村 _____ <input type="checkbox"/> TWP. OF タウンシップは _____						
11. THE PARENT(S) REQUEST THAT INFORMATION ON THIS BIRTH BE RELEASED TO THE SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION FOR ISSUANCE OF A SOCIAL SECURITY NUMBER AND CARD. 両親はソーシャルセキュリティ番号とカードの発行のため、社会保障庁に出生に関する情報を開示することを要請します。 <input type="checkbox"/> YES はい <input type="checkbox"/> NO いいえ						

PARENTS PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING REQUIRED CONFIDENTIAL INFORMATION

両親は、以下の必須秘情報資料を提出して下さい。

FOR ADMINISTRATIVE AND COMMUNITY HEALTH USE ONLY

情報は、管理目的および地域保健でのみ使用します。

12. DID MOTHER GET WIC FOOD FOR HERSELF DURING THE PREGNANCY? 母親は、妊娠中に WIC プログラム(婦人児童向け栄養強化計画)の食品サポートを自身のために受けましたか? <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	13a. MOTHER'S MARITAL STATUS (single, married, widowed, divorced) 母親の婚姻状態 (未婚、既婚、未亡人、離婚) If divorced or widowed, date, month and year: 離婚や配偶者死亡の場合は、その日付 (月、年) : _____	13b. IF NOT MARRIED, an Affidavit of Parentage must be completed by both parents along with proper identification in order for the father to be added to the birth certificate. 未婚の場合、父親を出生証明書に追加するためには、適切な身分証明の提出とともに両親が親子の宣誓供述書を作成しなければなりません。 Do you request an Affidavit of Parentage be completed at this time? 今回、親子の宣誓供述書の作成を要請しますか? <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
---	---	---



	14a. RACE – American Indian, Black, White, etc. <i>If Asian give nationality, i.e. Chinese, Filipino, etc. (enter all that apply)</i> 人種 – アメリカ先住民、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、その他 (該当全て)	14b. ANCESTRY – Mexican, Cuban, Arab, English, French, Dutch, etc. <i>If American Indian, enter principal tribe. (enter all that apply)</i> 家系 – メキシコ系、キューバ系、アラブ系、イギリス系、フランス系、オランダ系、その他 アメリカ先住民の場合は、主要部族名を明記 (該当全て)	14c. HISPANIC ORIGIN (Yes or No) ヒスパニック系 はい またはいいいえ	14d. EDUCATION – Please indicate the category number that best describes the highest level of education completed by the Mother and the Father 学歴 母親または父親の最終学歴を選んで下さい 1. 8 th grade or less 2. 9 th - 12 th grade; no diploma 3. High school graduate or GED 4. Some college but no degree 5. Associate degree (AA, AS) 準学士 (短大卒業) 6. Bachelor's degree (BA, AB, BS) 学士 (大学卒業) 7. Master's degree (MA, MS, MEd, MSW, MBA) 修士号 (大学院卒業) 8. Doctorate or Professional degree (PhD, EdD, MD, DO, DDS, DVM, LLB, JD) 博士号取得 9. Unknown 不明		
MOTHER 母親				<input type="checkbox"/>		
FATHER 父親				<input type="checkbox"/>		
MEDICAL AND HEALTH INFORMATION 医療と健康の情報	15. BIRTH HISTORY 出産の回数 (Do not include this child) (今回の出産は含めず)		16a. MOTHER SMOKED BEFORE OR DURING PREGNANCY? 母親は妊娠前または妊娠中に喫煙をしていましたか? <input type="checkbox"/> Yes, _____ per day はいの場合、喫煙量を記入 _____ <input type="checkbox"/> No いいえ	16b. IF MOTHER QUIT SMOKING, DATE SHE QUIT? (Mo., Day, Year) 母親が禁煙した場合、禁煙した日付? (月、日、年)	16c. OTHERS IN HOUSEHOLD SMOKE? 同居の家族は喫煙していますか? <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
	15a. PREVIOUS LIVE BIRTHS 今までの生児出生回数 Number: _____ 数 None なし <input type="checkbox"/>	15b. NOW DECEASED 死亡した子供の数 Number: _____ 数 None なし <input type="checkbox"/>	15d. Other pregnancy outcomes (Spontaneous or induced losses or ectopic pregnancies) その他の妊娠(流産、中絶、または子宮外妊娠) Number 回数: _____ None なし <input type="checkbox"/>	17. WAS MATERNAL HIV TEST PERFORMED? 母体の HIV 検査を行いましたか? <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Unknown 不明		18. DID YOU RECEIVE ALL YOUR PRENATAL CARE AT THE UNIVERSITY OF MICHIGAN? 妊娠中の検診は、すべてミシガン大学病院にて受けましたか? <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
	15c. PREVIOUS DATE OF LAST LIVE BIRTH (Mo., Day, Year) 前回の生児出生日 (月、日、年)		15e. DATE OF LAST OTHER TERMINATION (Mo., Day, Year) 最後に中絶または流産した日付 (月、日、年)	19. BREASTFEEDING 母乳育児しますか? <input type="checkbox"/> Planned する予定 <input type="checkbox"/> Initiated すでに開始 <input type="checkbox"/> None いいえ		

Printed Name and Signature of Mother or Father
 母親または父親の氏名と署名

Date
 日付