

Bureau of Vital Statistics
125 Worth St.
New York, NY 10013

2021 年 4 月

保護者各位

New York 市保健精神衛生局（NYC Health Department）では、お子様の出生証明書を発行いたします。出生証明書は、お子様の出生に関する永続的な法的記録であり、お子様の年齢、市民権、親権の証明として使用されます。お子様の出生に関する情報の提供は、法律で義務付けられています。本届出に必要事項を正しくご記入ください。記入内容に誤りがある場合、お子様の正確な出生証明書を作成できません。

保護者の皆様の学歴、人種、喫煙の有無、妊娠前の身長と体重に関する情報は、公衆衛生の目的で収集されます。QI（質の向上）というラベルの付いた質問事項は、New York 州保健精神衛生局によるニューヨーカーが受けている妊娠健診の質に関する情報収集を目的としています。New York 市および New York 州の法律は、出生証明書の違法な情報漏洩を阻止するために、保護者の皆様とお子様に関する秘密保持を義務付けています。

- 本届出の質問事項に対して、完全かつ正確な情報をご記入ください。すべての情報を活字体ではっきりご記入ください。
- 本届出は**必ず**英語でご記入ください。英語で記入できない場合や、ご不明な点がある場合は、医療機関の出生登録担当者（ _____ ）にお電話ください。
- 本届出は**必ず**お子様の出生後 24 時間以内に記入し、出生登録担当者に提出する必要があります。

医療機関記入欄

出生届 – 出生証明書の登録を目的としたデータ収集

母親の医療記録番号 :

母親の氏名 :

子の医療記録番号 :

子の生年月日 :

出生数 :

出生数が 2 人以上の場合、出生の順番 :

お子様の氏名をすべて活字体で正確にご記入ください。
本届出に記入したとおりに出生証明書に記載されます。当該情報に変更が生じた場合は、
New York 市保健精神衛生局に訂正申請書を提出する必要があります。

子 出生数が2人以上の場合、出生の順番： _____

1.子の氏名	子の名	子の中ドルネーム	子の姓	接尾辞 (Jr., III など)
2.お子様の社会保障番号 (SSN) および SSN カードを申請しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ お子様の SSN を申請するには、上記にお子様の姓名を記入する必要があります。New York 市保健精神衛生局は、出生証明書の提出時に社会保障局 (Social Security Administration) に SSN を申請します。現時点で SSN を申請しない場合は、社会保障局に直接連絡し、お子様の SSN を取得する必要があります。その場合、医療機関、出産施設、New York 市保健精神衛生局は、保護者の皆様の代理として SSN の申請を行う責任を負いません。 「はい」を選択した場合、SSN カードは社会保障局によって母親の住所宛てに郵送されます。				

母親 (出産者)

3.母親の氏名	母親の名	母親の中ドルネーム	母親の姓	接尾辞
4.母親の旧姓 初婚前の氏名をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 旧姓は現在の氏名と同じです。 母親の名 母親の中ドルネーム 母親の姓 接尾辞			
5~7.母親の生年月日、年齢、性別 「X」とは、男性・女性のいずれにも属さないノンバイナリー性自認を指します。	母親の生年月日 ____/____/____ 月 日 年	年齢 _____	性別 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> X	
8.母親の SSN 保護者の SSN の提供は、連邦法 42 USC 405(c) (社会保障法 205c) により義務付けられています。保護者の SSN は、児童支援活動のサポートを目的として、New York 州一時支援・障害支援室 (NYS Office of Temporary and Disability Assistance) に提供されます。また、給付付き勤労所得税額控除 (EITC) の遵守を目的として、社会保障局を介して内国歳入庁 (IRS) に提供されます。	母親の SSN <input type="checkbox"/> SSN がありません _____ - _____ - _____		父親の SSN は、父親の記入欄にご記入ください (該当する場合)。	
以下の署名をもって、本届出に記載されている SSN 情報が正しいことをここに証明します。 母親の署名 _____			日付 ____/____/____ 月 日 年	

母親の出生地

9.母親の出生地	都市	州 (米国以外の場合は、出生国 をご記入ください)	国
10.米国以外で生まれた場合 米国での滞在年数を教えてください。	米国での滞在年数 _____	米国での滞在月数 または 1年未満の場合： _____	

母親の住所

11.母親の現住所 現在の居住地を教えてください。 米国以外の場合は、住所、都市、 国をご記入ください。	番地（私書箱、気付、様方（c/o）は記入しないでください）	マンション／アパートの部屋番号	郡／区（New York 市の場合）： <input type="checkbox"/> New York （Manhattan） <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Kings （Brooklyn） <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Richmond （Staten Island）	
	都市	州	郵便番号	国
	上記の市域に住んでいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		New York 市以外（郡をご記入ください）：	
12.母親の郵送先住所 ご指定の住所に出生証明書を郵送 します。出生証明書の最初の1通 は無料で取得できます。	<input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ <input type="checkbox"/> 郵送先住所がない（郵送先住所がない場合、証明書は郵送されません。New York 市保健精神衛生局で直接受け取る必要があります。） 郵送先住所が気付・様方（c/o）の場合は、ここにご記入ください。 気付・様方（代理人（個人または組織））			
	番地（私書箱は New York 市の郵送先住所として指定できません）		マンション／アパートの部屋番号	
	都市	州	郵便番号	国
13.母親の電話番号	日中 () - - - - 内線 - - - -	夜間 () - - - -		

母親の属性

14.学歴：出産時までには母親が修了した最終学歴 1つだけチェック（X）を入れてください。 15.妊娠中の就労の有無 16.現在の職業または最終職歴 17.業種 会社名ではなく、業種を記入してください。 18.母親の祖先 ご自身に最も当てはまると思うものを1つ選択し、チェック（X）を入れてください。 19.母親の人種 人種は、米国国勢調査によって定義されています。ヒスパニック／ラテン系は、人種として定義されていません。ヒスパニック系の祖先については、質問 18 で回答してください。当てはまるものをすべて選択し、チェック（X）を入れてください。	<input type="checkbox"/> グレード 8 以下（中学 2 年生以下に相当） <input type="checkbox"/> グレード 9～12（中学 3 年生～高校 3 年生に相当） <input type="checkbox"/> 高校卒業または総合教育開発（GED）認定 <input type="checkbox"/> 一部の大学単位を取得、学位なし	<input type="checkbox"/> 準学士号（AA、AS など） <input type="checkbox"/> 学士号（BA、AB、BS など） <input type="checkbox"/> 修士号（MA、MS、MEng、MEd、MSW、MBA など） <input type="checkbox"/> 博士号（PhD、EdD など）または専門職学位（MD、DDS、DVM、LLB、JD など）
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	職業（レジ担当者、銀行の窓口担当者、看護師、弁護士など）	
	業種（飲食、金融、医療、法律など）	
	<input type="checkbox"/> ヒスパニック／ラテン系（メキシコ人、プエルトリコ人、キューバ人、ドミニカ人など） 具体的にご記入ください： _____ <input type="checkbox"/> ヒスパニック／ラテン系以外（イタリア人、アフリカ系アメリカ人、ハイチ人、パキスタン人、ウクライナ人、ナイジェリア人、台湾人など） 具体的にご記入ください： _____	
<input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人 <input type="checkbox"/> アメリカインディアンまたはアラスカ先住民（政府公認の部族または主要部族の名前） _____	<input type="checkbox"/> フィリピン人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 韓国人 <input type="checkbox"/> ベトナム人 <input type="checkbox"/> その他のアジア人（具体的にご記入ください） _____	<input type="checkbox"/> ハワイ先住民 <input type="checkbox"/> グアム先住民（チャモロ人） <input type="checkbox"/> サモア人 <input type="checkbox"/> その他の太平洋諸島系住民（具体的にご記入ください） _____
<input type="checkbox"/> インド人 <input type="checkbox"/> 中国人	<input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください） _____	

母親の健康状態

<p>20.妊娠中に WIC に参加しましたか？ (WIC とは、女性・乳児・小児向け特別補足栄養プログラムのことです。)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>															
<p>21.母親の身長</p>	<p>身長 _____ 妊娠前の体重 _____</p>															
<p>22.母親の妊娠前の体重</p>	<p>_____ フィート _____ インチ _____ ポンド</p>															
<p>23.妊娠前の 3 か月間または妊娠中に喫煙しましたか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、下記の期間における 1 日あたりの平均喫煙本数 (または箱数) を教えてください。下記の各項目に回答してください。下記のいずれかの期間において喫煙していない場合は、該当期間に「0」と記入してください。</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">期間</th> <th style="text-align: center;">1 日あたりの喫煙 本数</th> <th style="text-align: center;">または 1 日あたりの喫煙箱数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>妊娠前の 3 か月間</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> <tr> <td>妊娠 1 か月～3 か月</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> <tr> <td>妊娠 4 か月～6 か月</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> <tr> <td>妊娠 7 か月～9 か月</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> </tr> </tbody> </table>	期間	1 日あたりの喫煙 本数	または 1 日あたりの喫煙箱数	妊娠前の 3 か月間	___	___	妊娠 1 か月～3 か月	___	___	妊娠 4 か月～6 か月	___	___	妊娠 7 か月～9 か月	___	___
期間	1 日あたりの喫煙 本数	または 1 日あたりの喫煙箱数														
妊娠前の 3 か月間	___	___														
妊娠 1 か月～3 か月	___	___														
妊娠 4 か月～6 か月	___	___														
妊娠 7 か月～9 か月	___	___														
<p>24.妊娠中に飲酒しましたか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>															
<p>25a.妊娠中にドゥーラ (出産前後の女性を支援する専門家) の支援を受けましたか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない</p>															
<p>25b.ドゥーラの氏名と所属組織を教えてください (該当する場合)。</p>	<p>氏名 (名、姓) : _____ 所属組織 _____ <input type="checkbox"/> わからない</p>															
<p>25c.陣痛中または分娩中にドゥーラの支援を受けましたか？</p>	<p>(当てはまるものをすべて選択し、チェック (X) を入れてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> はい、ドゥーラの支援を対面で受けました</p> <p><input type="checkbox"/> はい、ドゥーラからバーチャルサポートを受けました (電話、Zoom、FaceTime など)</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>															

QI に関する質問 26、27、28、29、30 への回答は任意です。当該質問への回答は、すべて機密情報として扱われ、New York 市保健精神衛生局が公衆衛生の目的でのみ使用します。

<p>26. (QI) 分娩で入院する前に妊婦健診 (今回の妊娠に対する医療ケア) を受けましたか？</p>	<p><input type="checkbox"/> いいえ - 質問 27 へ進む</p> <p><input type="checkbox"/> はい - 「はい」の場合、次の質問に回答してください：妊婦健診を受ける際、医師、看護師、またはその他の医療従事者から、以下のいずれかについて説明を受けましたか？</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; padding: 2px;"> <p>a) 妊娠中の喫煙が胎児にもたらす影響 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> </td> <td style="width:50%; padding: 2px;"> <p>e) 妊娠後に使用する避妊方法 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <p>b) 妊娠中の飲酒が胎児にもたらす影響 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> </td> <td style="padding: 2px;"> <p>f) 陣痛が予定よりも早く始まった場合の対処法 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <p>c) 違法薬物の使用が胎児にもたらす影響 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> </td> <td style="padding: 2px;"> <p>g) HIV (エイズを引き起こすウイルス) の予防法 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <p>d) 次の妊娠までに空けるべき期間 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> </td> <td style="padding: 2px;"> <p>h) 夫やパートナーによる女性への身体的虐待 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> </td> </tr> </table>	<p>a) 妊娠中の喫煙が胎児にもたらす影響 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>e) 妊娠後に使用する避妊方法 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>b) 妊娠中の飲酒が胎児にもたらす影響 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>f) 陣痛が予定よりも早く始まった場合の対処法 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>c) 違法薬物の使用が胎児にもたらす影響 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>g) HIV (エイズを引き起こすウイルス) の予防法 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>d) 次の妊娠までに空けるべき期間 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>h) 夫やパートナーによる女性への身体的虐待 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>a) 妊娠中の喫煙が胎児にもたらす影響 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>e) 妊娠後に使用する避妊方法 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>								
<p>b) 妊娠中の飲酒が胎児にもたらす影響 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>f) 陣痛が予定よりも早く始まった場合の対処法 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>								
<p>c) 違法薬物の使用が胎児にもたらす影響 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>g) HIV (エイズを引き起こすウイルス) の予防法 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>								
<p>d) 次の妊娠までに空けるべき期間 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>h) 夫やパートナーによる女性への身体的虐待 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>								
<p>27. (QI) 妊娠中、通常の活動以外に、週に何回 30 分以上運動しましたか？</p>	<p>週に _____ 回</p>								

28. (QI) 妊娠中に歯茎に何らかの問題が発生しましたか（腫れや出血など）？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
29. (QI) 妊娠中の精神状態について、当てはまるものを選択してください。 1つだけチェック (X) を入れてください。	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態ではなかった <input type="checkbox"/> 軽度の抑うつ状態だった <input type="checkbox"/> 中程度の抑うつ状態だった <input type="checkbox"/> 重度の抑うつ状態だったものの、サポートを受けなかった <input type="checkbox"/> 重度の抑うつ状態に陥り、サポートを受けた
30. (QI) 妊娠直前の時点で、妊娠についてどのように考えていましたか？ 1つだけチェック (X) を入れてください。	<input type="checkbox"/> もう少し早く妊娠したかった。 <input type="checkbox"/> もう少し遅く妊娠したかった。 <input type="checkbox"/> 当時妊娠したいと思っていた。 <input type="checkbox"/> 当てもそれ以降も妊娠しなくなかった。

出生証明書に父親の氏名を記載したい場合は、下記の指示に従って正確かつ完全な情報を記入し、医療機関の出生登録担当者に提出する必要があります。

また、下記の該当する指示に従ってください。

- 1) 結婚している場合、他方の親の氏名をお子様の法的保護者として出生証明書に記載するために必要な手続きについて、医療機関にご相談ください。
- 2) 結婚しており、お子様の他方の親が複数人になる可能性がある場合、家庭裁判所で手続きを行い、親権を取得する必要があります。
- 3) 結婚しておらず、お子様が代理出産契約の対象でない場合、ご自身および他方の親であると思われる方は、利害関係のない証人2人の立ち会いのもと、親権承認書に署名することができます。
- 4) 上記のいずれにも該当しない場合は、医療機関の出生登録担当者にご相談ください。

**子の父親に関する情報
母親または父親が記入してください**

父親

31.初婚前の父親の氏名（父親の出生時の氏名） 父親の出生時の氏名を正確にご記入ください。本届出に記入したとおりに出生証明書に記載されます。当該情報に変更が生じた場合は、New York 市保健精神衛生局に訂正申請書を提出する必要があります。	父親の名	父親のミドルネーム	父親の姓	接尾辞 (Jr., III など)
	父親の生年月日 ____/____/____ 月 日 年		年齢 _____	性別 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> X
32~34.父親の生年月日、年齢、性別 「X」とは、男性・女性のいずれにも属さない、ノンバイナリー性自認を指します。 35.父親のSSN 保護者のSSNの提供は、連邦法 42 USC 405(c) (社会保障法 205c) により義務付けられています。保護者のSSNは、児童支援活動のサポートを目的として、New York 州一時支援・障害支援室に提供されます。また、EITCの遵守を目的として、社会保障局を介して内国歳入庁に提供されます。	<input type="checkbox"/> SSNがありません 父親のSSN _____ - _____ - _____ 前のページの母親の署名をもって、上記のSSNが正しいことをここに証明します。			

父親の出生地

36.父親の出生地	都市 _____ 州（米国以外の場合は、出生国を _____ 国 ご記入ください）
37.米国以外で生まれた場合、 米国での滞在年数を教えてください。	米国での滞在年数 _____ または 1年未満の場合： _____ 米国での滞在月数 _____

父親の属性

38.学歴：出産時までに父親が修了した最終学歴 1つだけチェック（X）を入れてください。	<input type="checkbox"/> グレード 8 以下（中学 2 年生以下に相当） <input type="checkbox"/> グレード 9～12（中学 3 年生～高校 3 年生に相当） <input type="checkbox"/> 高校卒業または総合教育開発（GED）認定 <input type="checkbox"/> 一部の大学単位を取得、学位なし <input type="checkbox"/> 準学士号（AA、AS など） <input type="checkbox"/> 学士号（BA、AB、BS など） <input type="checkbox"/> 修士号（MA、MS、MEng、MEd、MSW、MBA など） <input type="checkbox"/> 博士号（PhD、EdD など）または専門職学位（MD、DDS、DVM、LLB、JD など）																					
39.父親の現在の職業または最終職歴	職業（レジ担当者、銀行の窓口担当者、看護師、弁護士など）																					
40.業種 会社名ではなく、業種を記入してください。	業種（飲食、金融、医療、法律など）																					
41.父親の祖先 父親に最も当てはまると思うものを 1 つ選択し、チェック（X）を入れてください。	<input type="checkbox"/> ヒスパニック／ラテン系（メキシコ人、プエルトリコ人、キューバ人、ドミニカ人など） 具体的にご記入ください： _____ <input type="checkbox"/> ヒスパニック／ラテン系以外（イタリア人、アフリカ系アメリカ人、ハイチ人、パキスタン人、ウクライナ人、ナイジェリア人、台湾人など） 具体的にご記入ください： _____																					
42.父親の人種 人種は、米国国勢調査によって定義されています。ヒスパニック／ラテン系は、人種として定義されていません。ヒスパニック系／ラテン系の祖先については、質問 41 で回答してください。 当てはまるものをすべて選択し、チェック（X）を入れてください。	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 白人</td> <td><input type="checkbox"/> フィリピン人</td> <td><input type="checkbox"/> ハワイ先住民</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人</td> <td><input type="checkbox"/> 日本人</td> <td><input type="checkbox"/> グアム先住民（チャモロ人）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アメリカインディアンまたはアラスカ先住民（政府公認の部族または主要部族の名前）</td> <td><input type="checkbox"/> 韓国人</td> <td><input type="checkbox"/> サモア人</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> ベトナム人</td> <td><input type="checkbox"/> その他の太平洋諸島系住民（具体的にご記入ください）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> インド人</td> <td><input type="checkbox"/> その他のアジア人（具体的にご記入ください）</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 中国人</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください）</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> フィリピン人	<input type="checkbox"/> ハワイ先住民	<input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人	<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> グアム先住民（チャモロ人）	<input type="checkbox"/> アメリカインディアンまたはアラスカ先住民（政府公認の部族または主要部族の名前）	<input type="checkbox"/> 韓国人	<input type="checkbox"/> サモア人	_____	<input type="checkbox"/> ベトナム人	<input type="checkbox"/> その他の太平洋諸島系住民（具体的にご記入ください）	<input type="checkbox"/> インド人	<input type="checkbox"/> その他のアジア人（具体的にご記入ください）	_____	<input type="checkbox"/> 中国人	_____	<input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください）			_____
<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> フィリピン人	<input type="checkbox"/> ハワイ先住民																				
<input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人	<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> グアム先住民（チャモロ人）																				
<input type="checkbox"/> アメリカインディアンまたはアラスカ先住民（政府公認の部族または主要部族の名前）	<input type="checkbox"/> 韓国人	<input type="checkbox"/> サモア人																				
_____	<input type="checkbox"/> ベトナム人	<input type="checkbox"/> その他の太平洋諸島系住民（具体的にご記入ください）																				
<input type="checkbox"/> インド人	<input type="checkbox"/> その他のアジア人（具体的にご記入ください）	_____																				
<input type="checkbox"/> 中国人	_____	<input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください）																				
