

様式第三号 (第七条関係)

市町村 (特別区) 名

**母子健康手帳**

平成 年 月 日交付

保産者の氏名: \_\_\_\_\_

子<sup>おとこ</sup>の氏名 \_\_\_\_\_ (第 子)

No. \_\_\_\_\_

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	続柄	氏名	生年月日(年齢)	職業
	母 (妊婦)		年 月 日生 ( 歳)	
保	父		年 月 日生 ( 歳)	
			年 月 日生 ( 歳)	
産	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ときは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。

このページは妊婦自身で記入してください。

妊婦の健康状態等

身長	cm	ふだんの体重	kg	結婚年齢	歳
----	----	--------	----	------	---

次の病気ににかかったことがありますか。(あるものに○印)  
 高血圧 慢性腎炎 糖尿病 肝炎 心臓病 甲状腺の病気  
 その他重い病気(病名)

次の感染症にかかったことがありますか。  
 風しん(三日はしか) ( はい ( 歳) いいえ 予防接種を受けた)  
 麻疹(はしか) ( はい ( 歳) いいえ 予防接種を受けた)  
 水痘(水ぼうそう) ( はい ( 歳) いいえ 予防接種を受けた)

今までに手術を受けたことがありますか。  
 なし あり(病名)

服用中の薬(常用薬)

- たばこを吸いますか。 いいえ はい(1日 本)
- 酒類を飲みますか。 いいえ はい(1日 程度)

夫の健康状態 健康 よくない(病名)

いままでの妊娠

出産年月	妊娠・出産・産後の状態	出生児の体重・性別	現在の子の状態
年月	正常・異常(妊娠週(第 月)頃)	男 女	健・否

このページは妊婦自身で記入してください。

### 妊婦の職業と環境

職業	勤め(常勤・その他)・自営業主・家庭従業者・その他・なし		
仕事の内容と職場環境(※)			
仕事をする時間	1日約( )時間・( )時~( )時 交代制など変則的な勤務(あり・なし)		
通勤や仕事に利用する乗り物			
通勤の時間	片道( )分	混雑の程度	ひどい・普通
産してからの変更点	仕事を休んだ(妊娠 週(第 月)のとき) 仕事を変えた(妊娠 週(第 月)のとき) 仕事をやめた(妊娠 週(第 月)のとき) その他( )		
産前休業	月 日から 日間		
産後休業	月 日から 日間		
育児休業(父親・母親)	月 日から 月 日まで 月 日から 月 日まで		
住居の種類	独立家屋( 階建)・集合住宅( 階建・階) ・エレベーター:有・無)・その他( )		
騒音	静・普通・騒	日当たり	良・普通・悪
子ども(その他)	人)・夫・夫の父・夫の母・実父・実母人)		

立ち作業など負担の大きい作業が多い、温度度が厳しい、たばこの煙がひどい、騒音が多い、ストレスが多い、休養がとりにくい、時間外労働が多いなどの特記事項も記入

参考になりますから、診察を受けるときはいつも持参しましょう。

### の経過(1)

その他特に行った検査(含ヘモグロビン)	体重	特記指示事項 (安静・休息、急性良解常服薬服用 法等カードに記載された指示など)	施設名又は担当者名
	kg		
血液型検査	年 月 日実施	ABO	Rh

赤ちゃん誕生を迎える両親の気持ちを記入しておきましょう。  
また、心配なこと、相談したいことなども記入しておきましょう。

出血・破水・おなかの強い張りがあったらすぐみてもらいましょう。

このページは、担当者が替わった場合でも

### 妊娠中

診察月日	妊娠週数	子宮底長	腹囲	血圧	浮腫	尿蛋白	尿糖
		cm	cm	/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
術前血液反応	年 月 日 実施						
B型肝炎抗体検査	年 月 日 実施						
妊婦自身の記録							
最終月経開始日	年 月 日						
この妊娠の初診日	年 月 日						
胎動を感じた日	年 月 日						
分娩予定日	年 月 日						

このページは、担当者が替わった場合でも

### 妊娠中

診察月日	妊娠週数	子宮底長	腹囲	血圧	浮腫	尿蛋白	尿糖
		cm	cm	/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
妊婦自身の記録							
出産前後の居住地	電話						
出産前後の連絡先(知らせてほしい人)	電話						
入院の方法	自家用車・タクシー・徒歩・その他( ) 所要時間( 時間 分)						

参考になりますから、診察を受けるときはいつも持参しましょう。

このページは産後なるべく早く記入してもらいましょう。

### の 経 過 (2)

その他特に行った検査 (含ヘモグロビン)	体 重	特記指示事項 <small>(安静・休息、胎位異常等検査等 医師の指示に従ってください)</small>	施設名又は 担当者名
	kg		

赤ちゃん誕生を迎える両親の気持ちを記入しておきましょう。  
た、心配なこと、相談したいことなども記入しておきましょう。

※ 出血・破水・おなかの強い張りがあったらすぐみてもらいましょう。

### 出 産 の 状 態

妊 娠 期 間	妊 娠 週		
誕 出 日 時	年 月 日	午 前 後	時 分
分娩の経過 (母児の状態)	頭位	骨盤位	その他 ( )
分娩所要時間	出 血 量	少量・中量・多量 ( ml )	
出 産 時 の 児 の 状 態	性 別 ・ 数	男 ・ 女 ・ 不明 : 単 ・ 多 ( 胎 )	
	計 測 値	体 重	身長
		胸 囲	頭 囲
特別な所見・処置	新生児仮死 → ( 死 亡 ・ 蘇 生 ) ・ 死 産		
証 明	出生証明書・死産証書・出生証明書及び死亡診断書 (死胎検査書)		
出 産 の 場 所 名 称			
分娩取扱者 氏 名	医 師	その他	
	助産婦		

退院時及び産後の診察のときに記入してもらいましょう。

### 出 産 後 の 母 体 の 経 過

産 後 日 数	子 宮 復 元	悪 露	乳房の状態	血 圧	尿 量	尿 糖	体 重 値	考
	良・否	正・否			- + H	- + H	kg	
	良・否	正・否			- + H	- + H		
	良・否	正・否			- + H	- + H		
	良・否	正・否			- + H	- + H		

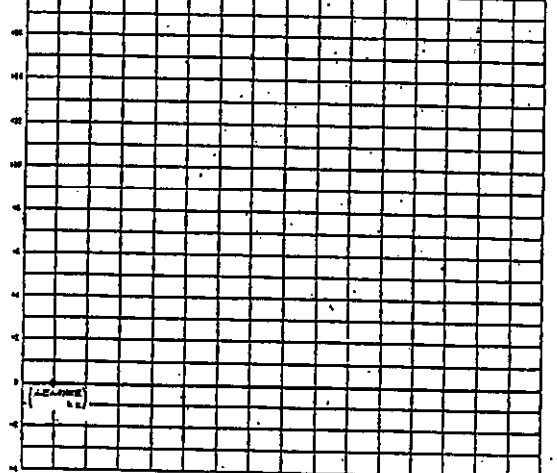
#### 母 親 自 身 の 記 録

- 気分が沈んだり涙もろくなったり、何もやる気になれないといったことがありますか。 いいえ はい 何ともいえない
- 産後、気が付いたこと、変わったことがあれば医師、助産婦などに相談しましょう。また、気が付いたことなどを記録してください。

入 浴	産 後 日 ( 月 日 )	家 事 開 始	産 後 日 ( 月 日 )
家事以外の 労働開始	産 後 日 ( 月 日 )	月 経 再 開	年 月 日
家族計画指導	なし・あり ( 医師・受胎調節実地指導員・助産婦 ) 年 月 日		

### 妊 娠 中 と 産 後 の 体 重 変 化 の 記 録

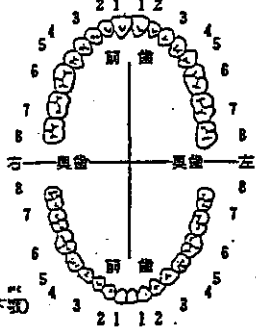
体重は健康のよい指標です。特に妊娠中と産後は体重の増減が異常発見の手がかりにもなりますから、自分で記入して参考にしましょう。



妊娠前又はごく初期の体重を0にして、その後の体重の増減を目盛りに従って、点で記入してつなぎましょう。産後6か月くらいで妊娠前の体重に戻したいものです。

妊娠中と産後の歯の状態

(上顎)



歯の状態記号：  
健全歯/ 喪失歯△ 未処置歯○ 処置歯○

初回診査	年	月	日
妊 娠	週		
むし歯	処置歯 未処置歯	本 本	
歯 石	なし	あり	
歯周疾患	なし	歯肉炎 歯周炎	
その他			
指導メモ			
施設名又は 担当名			

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	妊 娠・産 後	週
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	歯 石	なし あり
指導メモ	歯周疾患	なし 歯肉炎 歯周炎
年 月 日診査	施設名又は担当者名	
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	妊 娠・産 後	週
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	歯 石	なし あり
指導メモ	歯周疾患	なし 歯肉炎 歯周炎
年 月 日診査	施設名又は担当者名	

予 備 欄

このページは妊婦自身で記入してください。  
母親（両親）学級受講記録

受講年月日	課 目	備 考
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

保護者の記録【生後4週間まで】

○生まれたときの状態  
(赤ちゃんのお誕生の記念に記入しておきましょう。)

体 重	g	身 長	cm
胸 囲	cm	頭 囲	cm

- 赤ちゃんに初めてお乳を飲ませたのは生後（ ）時間目です。
- そのとき、与えたお乳は（母乳・人工乳）です。
- 先天性代謝異常等検査を受けましたか、 はい いいえ
- 赤ちゃん誕生を迎えた両親の気持ちを記入しておきましょう。  
また、心配なこと、相談したいことなども記入しておきましょう。

早期新生児期【生後1週間以内】の経過

日 齢	体重(g)	哺乳力	糞 便	そ の 他
		弱・普通	なし・普通・強	
		弱・普通	なし・普通・強	

出生時の異常：なし  
あり( ) その処置

その後の経過中の異常：なし  
あり( ) その処置

退院時の記録 ( 年 月 日 生後 日)

体 重	g	栄 養 法	母 乳・混 合・人 工
-----	---	-------	-------------

引き続き観察を要する事項：

施設名又は担当者名		電 話	
-----------	--	-----	--

晚期新生児期【生後1～4週】の経過

日 齢	体重(g)	哺乳力	栄 養 法	施設名又は担当者名
		弱・普通	母乳・混合・人工	
		弱・普通	母乳・混合・人工	

指導事項：

※生まれた当日は0日。

1 か 月 健 康 診 査

( 年 月 日実施・ 月 日)

体 重	g	身 長	cm
胸 囲	cm	頭 囲	cm
栄養状態：	良・要指導	栄養法：	母乳・混合・人工

健康・要観察

指導事項

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	月 齢	体 重	身 長	指 導 事 項	施設名又は担当者名
		g	cm		

保護者の記録【1か月頃】 ( 年 月 日記録)

年 月 日で1か月になりました。

- 裸にする手足をよく動かしますか。 はい いいえ
- お乳をよく飲みますか。 はい いいえ
- 大きな音にビクッと手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか。 はい いいえ
- おへそはかわいていますか。 はい いいえ  
(ジクジクしている時は医師にみてもらいましょう。)
- うすい黄色、クリーム色、灰白色の便が続いていますか。 ※ はい いいえ
- 子育てについて困難を感じることはありますか。 いいえ はい 何ともいえない
- 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

※便の色がうすい黄色、クリーム色、灰白色で、白目(しろめ)や皮膚が黄色～黄緑色である場合は、胆汁が流れにくい状態が疑われるので、一日も早く、小児科医、小児外科医等の診察を受けて下さい。

保護者の記録【3～4か月頃】 ( 年 月 日記録)

- 首がすわりましたか。 はい いいえ  
(すわった時期： 月 日頃)
- あやすとよく笑いますか。 はい いいえ
- 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。 いいえ はい
- 見えない方向から声をかけてみると、そちらの方を見ようとしていますか。 はい いいえ
- 外気浴をしていますか。 はい いいえ  
(天気のよい日に裸着で散歩するなどしてあげましょう。)
- 薄めた果汁やスープを飲ませていますか。 はい いいえ  
(5か月頃から離乳が始められます。)
- 子育てについて困難を感じることはありますか。 いいえ はい 何ともいえない
- 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

3 ~ 4 か月健康診査  
( 年 月 日実施・ か月 日)

体重	g	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm
栄養状態: 良・要指導	栄養法: 母乳・混合・人工		
離乳準備: 開始・未開始	股関節開排制限: なし・あり		
健康・要観察			
指導事項			
施設名又は担当者名			

次の健康診査までの記録  
(自宅測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	月齢	体重	身長	指導事項	施設名又は担当者名
		g	cm		

- 19 -

6 ~ 7 か月健康診査  
( 年 月 日実施・ か月 日)

体重	g	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm
栄養状態: 良・要指導	栄養法: 母乳・混合・人工		
離乳: 開始・未開始	歯		
口の中の疾患や異常*: なし・あり ( )			
健康・要観察			
指導事項			
施設名又は担当者名			

次の健康診査までの記録  
(自宅測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	月齢	体重	身長	指導事項	施設名又は担当者名
		g	cm		

\*口の中の疾患や異常は、むし歯、歯ぐきの病氣、不正咬合等を含みます。

- 21 -

保護者の記録【6~7か月頃】 ( 年 月 日記録)

- 寝返りをしますか。 はい いいえ
- おすわりをしますか。(7か月頃) はい いいえ  
(支えなくてもすわれるようになった時: 月 日頃)
- からだのそばにあるおもちゃに手ののばしてつかみますか。 はい いいえ
- 家族といっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか。 はい いいえ
- テレビやラジオの音がしはじめると、すぐそちらを見ますか。 はい いいえ
- 離乳食を喜んで食べていますか。 はい いいえ  
(そろそろ離乳食を2回にすすめ、食品の種類をふやしていきましょう。7か月頃から舌でつぶせる固さにします。)
- 神経芽細胞腫の検査は済みましたか。\* はい いいえ  
( 月 日提出)
- ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがありますか。\* はい いいえ
- 育児の心配、かかった病氣、感想などを自由に記入しましょう。

\*神経芽細胞腫は小児がんの一種で、少量の尿で検査ができます。  
\*※ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えるときは眼の病氣の心配があります。すぐに眼科医の診察を受けてください。

- 20 -

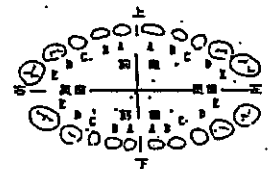
保護者の記録【9~10か月頃】 ( 年 月 日記録)

- はいはいをしますか。 はい いいえ  
(できるようにになった時: 月 日頃)
- つかまり立ちができますか。 はい いいえ  
(できるようにになった時: 月 日頃)
- 指で、小さい物をつまみますか。 はい いいえ  
(たばこや豆などの異物誤飲に注意しましょう。)
- 機嫌よくひとり遊びができますか。 はい いいえ
- 離乳は順調にすすんでいますか。 はい いいえ  
(離乳食を3回にすすめましょう。9か月頃から歯ぐきでつぶせる固さにします。)
- そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか。 はい いいえ
- 後追いをしますか。 はい いいえ
- 歯の生え方、形、色、歯肉などについて、気になることがありますか。 いいえ はい
- 子育てについて困難を感じることはありますか。 いいえ はい 何ともいえない
- 育児の心配、かかった病氣、感想などを自由に記入しましょう。

歯の生えた月日を右の図に記入しましょう。

(生え始め: 月)

むし歯など歯の異常に気づいたら、右の図に×印をつけておきましょう。



- 22 -

9 ~ 10 か月健康診査  
( 年 月 日実施・ 月 日 )

体重	g	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm
栄養状態: 良・要指導	離乳食は1日 回		
歯( )本	口の中の疾患や異常: なし・あり( )		
健康・要観察			
指導事項			

施設名又は  
担当者名

次の健康診査までの記録  
(自宅測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重	身長	指導事項	施設名又は担当者名
		g	cm		

- 23 -

1 歳健康診査  
( 年 月 日実施・ 歳 月 )

体重	g	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm
状態: 良・要指導	母乳: 飲んでいない・飲んでいる		
1日に食事( )回、おやつ( )回	目の異常(眼位・その他): ( )		
健康・要観察			

健康・要観察

歯の状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	要治療の歯 歯肉の不正咬合 ( 年 月 日診査 )
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

指導事項

施設名又は  
担当者名

次の健康診査までの記録  
(自宅測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重	身長	指導事項	施設名又は担当者名
		g	cm		

- 25 -

保護者の記録【1歳の頃】 ( 年 月 日記録 )

年 月 日で1歳になりました。

- つたい歩きをしますか。 はい いいえ  
(できるようになった時: 月 日頃)
- バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか。 はい いいえ
- テレビなどの音楽に合わせて、からだを楽しそうに動かしますか。 はい いいえ
- 大人の言う簡単なことば(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか。 はい いいえ
- 相手になって遊んでやると喜びますか。 はい いいえ
- 食事を3回、喜んで食べていますか。 はい いいえ  
(食欲をなくさぬよう、また、むし歯予防のために、砂糖の多い飲食物を控えましょう。)
- どんな遊びが好きですか。(遊びの例: )
- 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

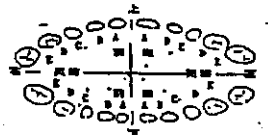
- 24 -

このページは1歳6か月児健康診査までに記入しておきましょう。

保護者の記録【1歳6か月の頃】 ( 年 月 日記録 )

- ひとりで上手に歩きますか。 はい いいえ  
(ひとり歩きができるようになった時: 歳 月頃)
- ママ、プーピーなど意味のあることばをいくつか話しますか。 はい いいえ
- 自分でコップを持って水を飲めますか。 はい いいえ
- 哺乳ビンを使っていますか。 いいえ はい  
(哺乳ビンを使って飲むのは、むし歯予防などのためにやめるようにしましょう。)
- 食事やおやつ時間はだいたい決まっていますか。 はい いいえ
- 保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 はい いいえ
- 極端にまぶしがったり、目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。 いいえ はい
- うしろから名前を呼んだとき、振り向きませんか。 はい いいえ
- どんな遊びが好きですか。(遊びの例: )
- 子育てについて困難を感じることはありますか。 いいえ はい 何ともいえない
- 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

むし歯など歯の異常に気づいたら  
右の図に×印をつけておきましょう



※極端にまぶしがったり、テレビを見るとき目を細めたり、首を傾けたりするときには、視力などが悪いことがあります。

- 26 -

1歳6か月健康診査  
( 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・飲んでいない 離乳：完了・未完了

目の異常（眼位・なし・あり・疑） 耳の異常（聴覚・その他）  
（視力・その他）

予防接種（計画的に実施） BCG ポリオ 7月7日・10月・12月（DPT） 麻疹 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 要治療の 歯の汚れ 歯肉・粘 不正咬合 （年 月 日診査）
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

指導事項

施設名又は  
担当者名

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

年月日	年齢	体重	身長	指導事項	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、歯きたない  
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

2歳健康診査

( 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・なし・あり・疑） 耳の異常（聴覚・その他）  
（視力・その他）

健康・要観察

歯の 状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	むし歯の 要治療の 歯の汚れ 歯肉・粘 不正咬合 （年 月 日診査）
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

指導事項

施設名又は  
担当者名

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

年月日	年齢	体重	身長	指導事項	施設名又は 担当者名
		kg	cm		

保護者の記録【2歳の頃】( 年 月 日記録)

年 月 日で2歳になりました。

- 走ることができますか。 はい いいえ
- スプーンを使って自分で食べますか。 はい いいえ
- 積木で塔のようなものを作ったり、積んで遊んでみるなどしてみたりして遊ぶことをしますか。 はい いいえ
- テレビや大人の身振りのまねをしますか。 はい いいえ
- 2語文(ワンワンキタ、マンマ、チョウダイ)などを言いますか。 はい いいえ
- 肉や繊維のある野菜を食べますか。 はい いいえ
- 歯みがきの練習をはじめていますか。 はい いいえ
- 保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 はい いいえ
- どんな遊びが好きですか。(遊びの例)
- 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

このページは3歳児健康診査までに記入しておきましょう。

保護者の記録【3歳の頃】( 年 月 日記録)

年 月 日で3歳になりました。

- 手を使わずにひとりで階段をのぼれますか。 はい いいえ
- クレヨンなどで丸(円)を書きますか。 はい いいえ
- 衣服の着脱をひとりでたがりますか。 はい いいえ
- 自分の名前が言えますか。 はい いいえ
- 歯みがきや手洗いをしていますか。 はい いいえ
- 保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 はい いいえ
- いつも指しゃぶりをしていますか。 いいえ はい
- よくかんで食べる習慣がありますか。 はい いいえ
- 斜視はありますか。 いいえ はい
- 物を見るとき目を細めたり、極端に近づけて見たりしますか。 いいえ はい
- 耳の聞こえが悪いのではないかと気になりますか。 いいえ はい
- ままごと、佝僂ごっこなど、ごっこ遊びができますか。 はい いいえ
- 遊び友だちがいますか。 はい いいえ
- 子育てについて困難を感じることはありませんか。 いいえ はい 何ともいえない
- 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。



3 歳 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 (聴覚・その他): なし・あり・疑 ( )			
予防接種 (予防接種記録)	BCG ポリオ ワクチン 麻疹 百日咳 (DPT) 無し 無し		

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・ふつう・きたない 歯肉・粘膜: 異常なし・あり ( ) 不正咬合: なし・要注意 ( ) ( 年 月 日診査)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

指導事項

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。)

月 日	年 齢	体 重	身 長	指 導 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

4 歳 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
異常 (眼位異常・視力: 右 ( )・左 ( )・その他): なし・あり・疑 ( )			
耳の異常 (聴覚・その他): なし・あり・疑 ( )			

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: なし・あり (本) 要治療のむし歯: なし・あり (本) 歯の汚れ: きれい・ふつう・きたない 歯肉・粘膜: 異常なし・あり ( ) 不正咬合: なし・要注意 ( ) ( 年 月 日診査)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

指導事項

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	指 導 事 項	施設名又は 担当者名
		kg	cm		

保護者の記録【4歳の頃】( 年 月 日記録)

年 月 日で4歳になりました。

- 階段を2、3段の高さからとびおりたり  
しますか。 はい いいえ
- 片足でケンケンをしてとびますか。 はい いいえ
- 自分の経験したことをお母さんやお父さん  
に話しますか。 はい いいえ
- お手本を見て十字が描けますか。 はい いいえ
- はさみを上手に使えますか。 はい いいえ
- 衣服の着脱ができますか。 はい いいえ
- 友だちと、ごっこ遊びをしますか。 はい いいえ
- 歯みがき、口すすぎ、手洗いをしますか。 はい いいえ
- 保護者が歯の仕上げみがきをして  
あげていますか。 はい いいえ
- いつも指しゃぶりをしていますか。 いいえ はい
- 食べ物の好き嫌いはありますか。 いいえ はい  
(嫌いなものの例: )
- おしっこをひとりですみますか。 はい いいえ
- 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

保護者の記録【5歳の頃】( 年 月 日記録)

年 月 日で5歳になりました。

- でんぐり返しができますか。 はい いいえ
- 思い出して絵を書くことができますか。 はい いいえ
- 色 (赤、黄、緑、青) がわかりますか。 はい いいえ
- はっきりした発音で話ができますか。 はい いいえ
- 大便をひとりですみますか。 はい いいえ
- 幼稚園、保育所などの集団生活になじみ、  
楽しく過ごしていますか。 はい いいえ
- 動物や花をかわいがったり、他人を思いやる  
気持ちを持っているようですか。 はい いいえ
- 家族と一緒に食事を食べていますか。 はい いいえ
- 保護者が歯の仕上げみがきをして  
あげていますか。 はい いいえ
- いつも指しゃぶりをしていますか。 いいえ はい
- お話を読んであげるとその内容が分かる  
ようになりましたか。 はい いいえ
- 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

5 歳 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( )			

健康・要観察

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・永久歯・本) 歯の汚れ:きれい・よつう・きたない 歯肉・粘膜:異常なし・あり( ) 不正咬合:なし・要注意( ) 歯・口腔の疾病異常:( ) ( 年 月 日診察)
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	

指導事項

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	指 導 事 項	施設名又は 担当者名
		kg	cm		

保護者の記録【6歳の頃】 ( 年 月 日記録)

年 月 日で6歳になりました。

- 片足で5~10秒間立っていられますか。 はい いいえ
- 四角の形をまねて、書けますか。 はい いいえ
- 自分の「前後」「左右」がおおよそわかりますか。 はい いいえ
- ひらがなの自分の名前を読んだり、書いたりできますか。 はい いいえ
- おもちゃやお菓子などをほしくても我慢できるようにになりましたか。 はい いいえ
- 約束やルールを守って遊べますか。 はい いいえ
- 6歳臼歯(乳歯列の奥に生える永久歯)は生えましたか。 はい いいえ
- 保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 はい いいえ
- 朝食を毎日食べますか。 はい いいえ
- 育児の心配、かかった病氣、感想などを自由に記入しましょう。

6 歳 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( )			

接種種(予防接種) BCG ポリオ 72797-EPH1-88888(DPT) 麻疹 風しん 日本脳炎

健康・要観察

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・永久歯・本) 歯の汚れ:きれい・よつう・きたない 歯肉・粘膜:異常なし・あり( ) 不正咬合:なし・要注意( ) 歯・口腔の疾病異常:( ) ( 年 月 日診察)
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	

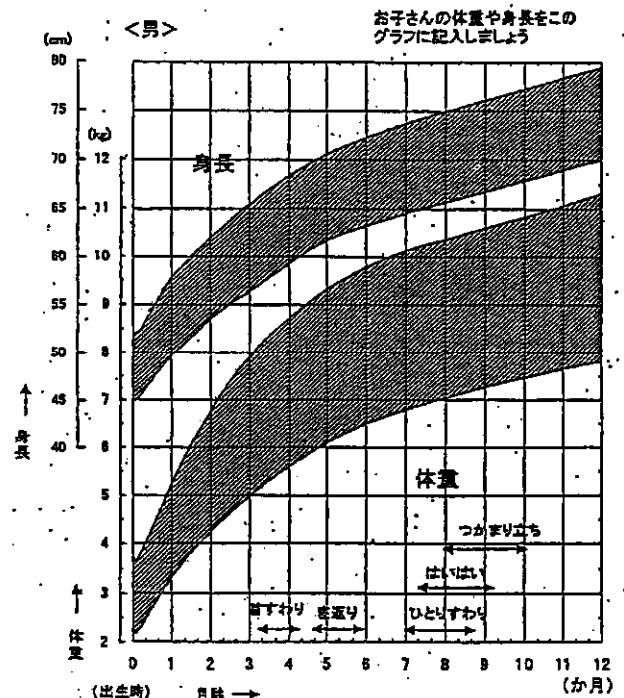
指導事項

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	指 導 事 項	施設名又は 担当者名
		kg	cm		

乳児身体発育曲線(平成12年調査)



首すわり、寝返り、ひとりすわり、つかまり立ち、はいはい及びひとり歩きの矢印は、約半数の子どもができるようになる月・年齢から、約9割の子どもができるようになる月・年齢までの期間を表したものです。お子さんができるようになったときを矢印で記入しましょう。