

1 歳 健 康 診 査
(年 月 日実施・ 歳 か月)

体 重 . g	身 長 . cm
胸 囲 . cm	頭 囲 . cm
栄養状態： 良 ・ 要指導	断 乳： 完 了 ・ 未完了
離 乳： 完 了 ・ 未完了	目の異常 (眼位・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	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 歯肉の粘膜：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
		g	. cm		

このページは1歳6か月児健診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、ブーブーなど意味のある

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

哺乳ビンほを使っていますか。 いいえ はい

(哺乳ビンほを使って飲むのは、むし歯予防などのために
やめるようにしましょう。)

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

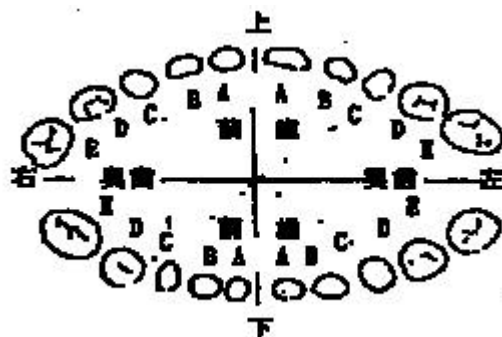
うしろから名前を呼んだとき、

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:)

育児の上で心配なこと、医師にかかった病気、記録として
残しておきたいこと、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。

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

クレヨンなどでなぐり書きをしますか。 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

どんな遊びが好きですか。 (遊びの例:)

育児の上で心配なこと、医師にかかった病気、記録として
残しておきたいこと、感想などを自由に記入しましょう。

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 ・視力・その他）()	耳の異常 . なし・あり・疑 (難聴・その他)()

健康・要観察

歯 の 状 態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	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 歯肉の粘膜：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		

このページは3歳児健診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できますか。 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

よくかんで食べる習慣はありますか。 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

どんな遊びが好きですか。（遊びの例： ）

育児の上で心配なこと、医師にかかった病気、記録として残しておきたいこと、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（難聴・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： O A B C ₁ C ₂ 要治療のむし歯： なし・あり（ ） 歯の汚れ： きれい・ふつう・きたない 歯肉の粘膜： 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		

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 C₁：下前歯がむし歯 C₂：下前歯やその他にむし歯

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に

話しますか。 はい いいえ

はさみを上手に使えますか。 はい いいえ

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

おしっこをひとりでしますか。 はい いいえ

どんな遊びが好きですか。(遊びの例:)

育児の上で心配なこと、医師にかかった病気、記録として
残しておきたいこと、感想などを自由に記入しましょう。

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
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

歯 の 状 態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	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 歯肉の粘膜：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【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
大便をひとりでしますか。	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
食事やおやつの時間はきまっていますか。	はい	いいえ

(食欲をなくさぬよう、又むし歯予防のために、
食習慣を規則正しくしましょう。)

どんな遊びが好きですか。(遊びの例:)

育児の上で心配なこと、医師にかかった病気、記録として
残しておきたいこと、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

歯 の 状 態	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	要治療のむし歯：なし・あり （乳歯本 永久歯本） 歯の汚れ：きれい・ふつつ・きたない 歯肉・粘膜：異常なし・あり（ ） 不正 ^こ 咬合：なし・要注意（ ） 歯・口腔 ^く の疾病異常：（ ） （ 年 月 日診査）
		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

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【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
<u>大人の手を借りずにひとりで衣服の 着脱ができますか。</u>	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
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
<u>どんな遊びが好きですか。（遊びの例：_____）</u>		
<u>育児の上で心配なこと、医師にかかった病気、記録として 残しておきたいこと、感想などを自由に記入しましょう。</u>		

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（ ）	

健康・要観察

歯 の 状 態	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	要治療のむし歯：なし・あり （乳歯本 永久歯本） 歯の汚れ：きれい・ふつつ・きたない 歯肉・粘膜：異常なし・あり（ ） 不正 ^こ 咬合：なし・要注意（ ） 歯・口腔 ^く の疾病異常：（ ） （ 年 月 日診査）
		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

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		