

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     | 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 . なし・あり・疑<br>(眼位・その他)( ) |

健康・要観察

|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 歯<br>の<br>状<br>態 | E | D | C | B | A | A | B | C | D | E | 要治療のむし歯：なし・あり( 本 )<br>歯の汚れ：きれい・ふつう・きたない<br>歯肉 <small>ぐら</small> 粘膜：異常なし・あり( )<br>不正咬合 : なし・要注意( )<br>( 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。 )

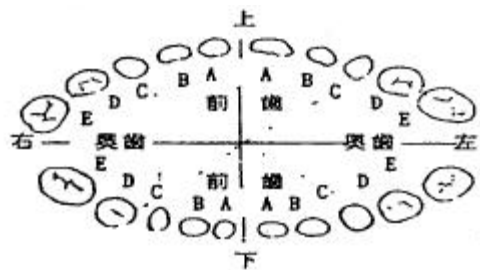
| 年 月 日 | 年 齢 | 体 重 | 身 長  | 指 導 事 項 | 施設名又は<br>担当者名 |
|-------|-----|-----|------|---------|---------------|
|       |     | g   | . cm |         |               |

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。)  
 食事やおやつの時間はだいたい  
 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、  
 振り向きますか。 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。

# 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・飲んでいる                       | 離乳：完了・未完了                     |
| 目の異常（眼位・なし・あり・疑<br>・視力・その他）（ ） |                                       | 耳の異常 . なし・あり・疑<br>（難聴・その他）（ ） |
| 予防接種（受けているものに を付ける。）           | BCG ポリオ ジフテリア・百日せき・破傷風混合（DPT） 麻しん 風しん |                               |

## 健康・要観察

|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 歯<br>の<br>状<br>態 | E | D | C | B | A | A | B | C | D | E | むし歯の罹患型：O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> A B C<br>要治療のむし歯：なし・あり（ 本）<br>歯の汚れ：きれい・ふつう・きたない<br>歯肉・粘膜：異常なし・あり（ ）<br>不正咬合 : なし・要注意（ ）<br>（ 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<br>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

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、横に並べて<br>電車などにみたて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<br>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<br>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：<br>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。) |    |     |

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<br>・視力・その他）（ ） | 耳の異常（なし・あり・疑<br>（難聴・その他）（ ） |

健康・要観察

|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 歯<br>の<br>状<br>態 | E | D | C | B | A | A | B | C | D | E | 要治療のむし歯：なし・あり（ 本）<br>歯の汚れ：きれい・ふつう・きたない<br>歯肉の粘膜：異常なし・あり（ ）<br>不正咬合：なし・要注意（ ）<br>（ 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<br>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         |
| ままごと、怪獣ごっこなど、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 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（ ）      |                                       |
| 予防接種（受けているものに を付ける。）         | BCG ポリオ ジフテリア・百日せき・破傷風混合（DPT） 麻しん 風しん |

### 健康・要観察

|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 歯<br>の<br>状<br>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><br>要治療のむし歯：なし・あり（ 本）<br>歯の汚れ：きれい・ふつう・きたない<br>歯肉・粘膜：異常なし・あり（ ）<br>不正咬合：なし・要注意（ ）<br>（ 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<br>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

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<br>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<br>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<br>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  |
| 食べ物の好き嫌いがありますか。                | いいえ | はい  |
| (嫌いなものの例：)                     |     |     |
| おしっこをひとりでしますか。                 | 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。



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<br>の<br>状<br>態 | E | D | C | B | A | A | B | C | D | E | 要治療のむし歯：なし・あり（ 本）<br>歯の汚れ：きれい・ふつう・きたない<br>歯肉 <small>ごつ</small> 粘膜：異常なし・あり（ ）<br>不正咬合：なし・要注意（ ）<br>（ 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<br>担当者名 |
|-------|-----|------|------|---------|---------------|
|       |     | . kg | . cm |         |               |

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、<br>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<br>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<br>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<br>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

|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 歯<br>の<br>状<br>態 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 要治療のむし歯：なし・あり<br>（乳歯 本 永久歯 本）<br>歯の汚れ：きれい・ふつう・きたない<br>歯肉・粘膜：異常なし・あり（ ）<br>不正咬合 <sup>こう</sup> ：なし・要注意（ ）<br>歯・口腔 <sup>くわう</sup> の疾病異常：（ ）<br>（ 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<br>担当者名 |
|-------|-----|------|------|---------|---------------|
|       |     | . kg | . cm |         |               |

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<br>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、<br>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<br>できるようになりましたか。 | 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）<br>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<br>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、かかった病気、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（ ）

予防接種（受けているものに を付ける。） BCG ポリオ ジフテリア・百日せき・破傷風混合（DPT） 麻しん 風しん 日本脳炎

**健康・要観察**

|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 歯<br>の<br>状<br>態 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 要治療のむし歯：なし・あり<br>（乳歯 本 永久歯 本）<br>歯の汚れ：きれい・ふつう・きたない<br>歯肉・粘膜：異常なし・あり（ ）<br>不正咬合 <sup>こう</sup> ：なし・要注意（ ）<br>歯・口腔 <sup>くわう</sup> の疾病異常：（ ）<br>（ 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<br>担当者名 |
|-------|-----|------|------|---------|---------------|
|       |     | . kg | . cm |         |               |