

論点に関する主な様式改正イメージ

1. 母親の精神状態、産後ケアの記録、相談記録について

< 出産後・退院時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 日月数	子宮 復古	お ろ 悪 露	乳房の状態	血 圧	たん 尿蛋白	尿 糖	体 重	EPDS等の 実施など
	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		
	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、ご自身の気持ちやからだのことで、気がついたこと、変わったことが
あれば、医師、助産師、地域の子育て世代包括支援センターなどに相談しま
しょう。

○産後のご自身の気持ちなど、自由に記入しましょう。

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・助産師) 年 月 日		

< 産後ケアを利用した時に記入してもらいましょう。 >

【新設】

産後ケアの記録

年月日	方法	場所	備考
	宿泊型・デイサービス型 ・アウトリーチ型		
	宿泊型・デイサービス型 ・アウトリーチ型		
	宿泊型・デイサービス型 ・アウトリーチ型		
	宿泊型・デイサービス型 ・アウトリーチ型		
	宿泊型・デイサービス型 ・アウトリーチ型		
	宿泊型・デイサービス型 ・アウトリーチ型		
	宿泊型・デイサービス型 ・アウトリーチ型		

< 子育て世代包括支援センターなどを利用した時に記入してもらいましょう。 >

利用記録

年月日	場所	概要など

2. 成長発達の目安について（2週間頃、1か月頃）

イメージ

【新設】

検査の記録

検査項目	検査年月日	備考
先天性代謝異常検査	年 月 日	
新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE) リファー(要再検査)の場合	年 月 日 年 月 日	右(パス・リファー) 左(パス・リファー)

※検査結果を記録する場合は、保護者に説明し同意を得ること。

乳児

予備欄

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。

- 裸にすると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
- 大きな音にビック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。)
- 寝かせるときは、あお向けに寝かせていますか。 はい いいえ
- 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や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
- 成長の様子、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【2週間頃】 (年 月 日記録)

- 泣き声や母乳・人工乳を飲む力が弱いと思いますか。 いいえ はい
- 寝かせるときは、あお向けに寝かせていますか。 はい いいえ
- 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や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
- 成長の様子、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。

※このページは医療機関等で参考にするので、ありのままの様子を記入しましょう。気分になることがあれば医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

※これからの予防接種のスケジュールを確認しましょう。

2. 成長発達の目安について（2か月頃、3～4か月頃）

保護者の記録【2か月頃】

（ 年 月 日記録）

【新設】

- | | | | |
|--------------------------------------|-----|-----|---------|
| ○母乳や人工乳の飲みが悪いと感じますか。 | いいえ | はい | |
| ○目を動かして物を追って見ますか。 | はい | いいえ | |
| ○寝かせるときは、あお向けに寝かせていますか。 | はい | いいえ | |
| ○自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 | はい | いいえ | |
| ○保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ | はい | |
| ○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 | はい | いいえ | |
| ○子育てについて不安や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 |
| ○成長の様子、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【3～4か月頃】

（ 年 月 日記録）

乳児

- | | |
|--|----------------|
| ○首がすわったのはいつですか。
（「首がすわる」とは、支えなしで首がぐらつかない状態をいいます。） | （ 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ますか。 | はい いいえ |
| ○外気浴をしていますか。
（天気のよい日に散歩するなどしてあげましょう。） | はい いいえ |
| ○自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 | はい いいえ |
| ○お子さんの睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ はい |
| ○保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ はい |
| ○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 | はい いいえ |
| ○子育てについて不安や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 |
| ○成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しょう。 | |

※このページは医療機関等で参考にするので、ありのままの様子を記入しましょう。
気になることがあれば医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

※このページは医療機関等で参考にするので、ありのままの様子を記入しましょう。
気になることがあれば医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

2. 成長発達の目安について（6～7か月頃、9～10か月の頃）

イメージ

保護者の記録【6～7か月頃】（年 月 日記録）

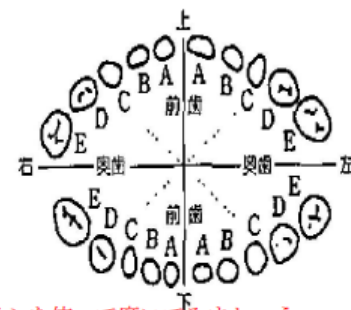
- 寝返りをしたのはいつですか。 (月 日頃)
- ひとりすわりをしたのはいつですか。 (月 日頃)
 （「ひとりすわり」とは、支えなくてもすわれることをいいます。）
- からだのそばにあるおもちゃに手をのびしてつかみますか。 はい いいえ
- 家族といっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか。 はい いいえ
- 保護者の声やおもちゃの音がすると、すぐそちらを見ますか。 はい いいえ
- 離乳食を始めましたか。 はい いいえ
 （離乳食を始めて1か月位したら1日2回食にし、食品の種類をふやしていきましょう。7、8か月頃から舌でつぶせる固さにします。）
- ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがありますか。* いいえ はい
- 自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 はい いいえ
- お子さんの睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や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
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、離乳食の心配、感想などを自由に記入しましょう。

保護者の記録【9～10か月頃】（年 月 日記録）

- はいはいをしたのはいつですか。 (月 日頃)
- つかまり立ちをしたのはいつですか。 (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。）
- 離乳は順調にすすんでいますか。 はい いいえ
 （離乳食を1日3回食にし、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すか。 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
- 自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 はい いいえ
- お子さんの睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や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
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、離乳食の心配、感想などを自由に記入しましょう

※ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりするときは眼の病気の心配があります。すぐに眼科医の診察を受けましょう。

※このページは医療機関等で参考にするので、ありのままの様子を記入しましょう。気になることがあれば医師や保健師、助産師などに相談しましょう。



歯の生えた月日を右の図に

記入しましょう。

（生え始め： 月 日）

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。

生えてきた歯を濡れたガーゼや歯ブラシを使って磨いてみましょう。

※このページは医療機関等で参考にするので、ありのままの様子を記入しましょう。気になることがあれば医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

2. 成長発達の目安について（1歳の頃、1歳6か月の頃）

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。

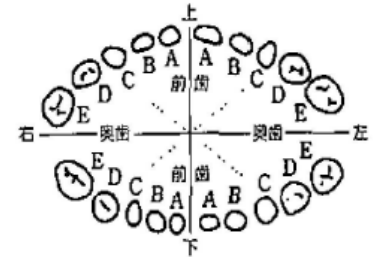
保護者からの1歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- つたい歩きをしたのはいつですか。 (月 日頃)
- パイパイ、コンニチハなどの身振りをしますか。 はい いいえ
- 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
- 部屋の離れたところにあるおもちゃを指さすと、その方向をみますか。 はい いいえ
- どんな遊びが好きですか。（遊びの例：)
- 1日3回の食事のリズムがつかえましたか。 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、砂糖を含む飲食物を控えましょう。）
- 歯みがきの練習をはじめていますか。 はい いいえ
- 自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 はい いいえ
- お子さんの睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や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
- 成長の様子、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）

- ひとり歩きをしたのはいつですか。 (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みますか。 はい いいえ
- 哺乳ビンを使っていますか。 いいえ はい
（いつまでも哺乳ビンを使って飲むのは、むし歯につながるおそれがあるので、やめるようにしましょう。）
- 食事や間食（おやつ）の時間、回数はだいたい決まっていますか。 はい いいえ
- 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ったりしますか。* 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：)
- 歯にフッ化物（フッ素）の塗布やフッ化物配合歯磨き剤の使用をしていますか。 はい いいえ
- 自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 はい いいえ
- お子さんの睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や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
- 成長の様子、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。

※外に出た時に極端にまぶしがったり、目を細めたり、首を傾けたりするときには、目に異常のある可能性がありますので、眼科医に相談しましょう。

※このページは医療機関等で参考にするので、ありのままの様子を記入しましょう。気になることがあれば医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

2. 成長発達の目安について（2歳の頃、3歳の頃）

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。

保護者から2歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- | | | |
|---|-----|------------|
| ○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、横に並べて電車などにみだ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：
○テレビやスマートフォンなどを長時間見せないようにしていますか。 | はい | いいえ |
| ○自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 | はい | いいえ |
| ○お子さんの睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ | はい |
| ○保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ | はい |
| ○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 | はい | いいえ |
| ○子育てについて不安や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 |
- 成長の様子、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。

※このページは医療機関等で参考にするので、ありのままの様子を記入しましょう。気になることがあれば医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

<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。

保護者から3歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- | | | |
|--------------------------------------|-----|------------|
| ○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 |
| ○歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 | 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 |
| ○かみ合わせや歯並びで気になることがありますか。 | いいえ | はい |
| ○歯にフッ化物（フッ素）の塗布やフッ化物配合歯磨き剤を使用していますか。 | はい | いいえ |
| ○ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか。 | はい | いいえ |
| ○落ち着きがないと思いますか。 | いいえ | はい |
| ○テレビやスマートフォンなどを長時間見せないようにしていますか。 | はい | いいえ |
| ○自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 | はい | いいえ |
| ○お子さんの睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ | はい |
| ○保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ | はい |
| ○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 | はい | いいえ |
| ○子育てについて不安や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 |
- 成長の様子、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。

※このページは医療機関等で参考にするので、ありのままの様子を記入しましょう。気になることがあれば医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

2. 成長発達の目安について（4歳の頃、5歳の頃）

イメージ

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。

保護者から4歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- | | | |
|-------------------------------------|-----|------------|
| ○階段の2、3段目の高さからとびおるようなことをしますか。 | 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、口ゆすぎ（ぶくぶくうがい）
手洗いをしますか。 | はい | いいえ |
| ○歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 | はい | いいえ |
| ○食べ物の好き嫌いはありますか。
（嫌いなものの例：） | いいえ | はい |
| ○おしっこをひとりでしますか。 | はい | いいえ |
| ○テレビやスマートフォンなどを
長時間見せないようにしていますか | はい | いいえ |
| ○自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 | はい | いいえ |
| ○お子さんの睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ | はい |
| ○保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ | はい |
| ○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 | はい | いいえ |
| ○子育てについて不安や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 |
- 成長の様子、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。

保護者から5歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- | | | |
|--------------------------------------|-----|------------|
| ○片足で5秒以上、立つことができますか。 | はい | いいえ |
| ○ジャンケン勝ち負けがわかりますか。 | 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 |
| ○うんち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 |
| ○家族と一緒に食事を食べていますか。 | はい | いいえ |
| ○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わかるようになり
ましたか。 | はい | いいえ |
| ○テレビやスマートフォンなどを
長時間見せないようにしていますか | はい | いいえ |
| ○自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 | はい | いいえ |
| ○お子さんの睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ | はい |
| ○保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ | はい |
| ○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 | はい | いいえ |
| ○子育てについて不安や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 |
- 成長の様子、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。

※このページは医療機関等で参考にするので、ありのままの様子を記入しましょう。
気になることがあれば医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

※このページは医療機関等で参考にするので、ありのままの様子を記入しまし
ょう。気になることがあれば医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

2. 成長発達の目安について（6歳の頃）

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。

保護者から6歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- | | | |
|--------------------------------------|-----|------------|
| ○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 |
| ○第一大臼歯（乳歯列の奥に生える永久歯）
は生えましたか。 | はい | いいえ |
| ○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 |
| ○テレビやスマートフォンなどを
長時間見せないようにしていますか | はい | いいえ |
| ○お子さんの睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ | はい |
| ○保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ | はい |
| ○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 | はい | いいえ |
| ○子育てについて不安や困難を感じるこ
と
はありますか。 | いいえ | はい 何ともいえない |
- 成長の様子、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。

※このページは医療機関等で参考にするので、ありのままの様子を記入しましょう。
気になることがあれば医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

3. 頭囲・胸囲の記載について（3～4か月児健診、3歳児健診）

イメージ

3～4か月児健康診査

(年 月 日実施・ か月 日)

体 重	g	身 長	cm
頭 囲		cm	
栄養状態:	良 ・ 要指導	栄養法:	母 乳・混 合・人工乳
股関節開排制限: なし ・あり			
健康・要観察			
特記事項			
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	特 記 事 項	施設名又は担当者名
		g	cm		

<3歳児健康診査は、全ての市区町村で実施されていますので、必ず受けましょう。>

3歳児健康診査

(年 月 日実施・ 歳 か月)

体 重	kg	身 長	cm								
栄養状態: ふとり気味・普通・やせ気味											
目の異常(眼位・視力・その他): なし・あり・疑 ()											
屈折検査 未・済(実施(異常なし 異常あり 判定不可) 実施不可)											
耳の異常(難聴・その他): なし・あり・疑 ()											
予防接種(抜けているものに付ける)	Hib 小児肺炎球菌 B型肝炎 ロタウイルス ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ BCG 麻しん 風しん 水痘 日本脳炎										
健康・要経過											
要精査 (精密健康診査受診日: 年 月 日)											
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 (本) 歯の汚れ: きれい・少ない・多い 歯肉・粘膜: 異常なし・あり () かみ合わせ: よい・経過観察 歯の形態・色調: 異常なし・あり (年 月 日診査)
特記事項											
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	特 記 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

4. 学童期以降の記録について（任意様式）



学童期以降の記録

小学生の記録

学年	検査日 年 月 日	身長 cm	体重 kg	視力 右・左	むし歯	特記事項
小学1年生						
小学2年生						
小学3年生						
小学4年生						
小学5年生						
小学6年生						

中学生以降の記録

【新設】

学年	検査日 年 月 日	身長 cm	体重 kg	視力 右・左	むし歯	特記事項
中学1年生						
中学2年生						
中学3年生						
16歳						
17歳						
18歳						