参考資料3

（別添5）

基本情報票

整理番号:

フリガナ	生年月日	性別	出生順
子どもの氏名	平成　年　月　日生	歳	第（　　）子
フリガナ	生年月日	年齢	職業
父の氏名	平成　年　月　日生	歳	無・有（　　）
フリガナ	生年月日	年齢	職業
母の氏名	平成　年　月　日生	歳	無・有（　　）
住所			
電話番号			

出生体重	g
栄養方法	1. 母乳　2.人工乳　3.混合
先天性代謝異常等検査	異常　無・有（　　）
新生児聴覚検査	
（1）初回検査	受けた（正常・要再検）・受けていない →再検結果（正常・要精密検査）
（2）精密検査	受けた（正常・異常）・受けていない

妊娠及び分娩歴

（1）妊娠中の特記事項	無・有（妊娠高血圧症候群・尿（蛋白・糖）・高血圧/浮腫・貧血・糖尿病・切迫流産・切迫早産・多胎妊娠・その他）
（2）分娩時の特記事項	無・有（帝王切開術・骨盤位・その他）
（3）在胎週数	週　（　　か月）
（4）出生時の特記事項	無・有（仮死・その他（　　））
（5）新生児期の特記事項	黄疸治療（無・有（　　））
（6）産褥期の母体の特記事項	無・有（　　）
（7）妊娠中の喫煙	
・母親	無・有（　　本/日）
・父親	無・有（　　本/日）
・同居の家族	無・有（　　本/日）
（8）妊娠中の飲酒	
・母親	無・有（1.ほとんど毎日　2.週1回以上　3.その他（　　））

予防接種

（1）インフルエンザ菌b型（Hib）	（1・2・3・追加）
（2）小児用肺炎球菌	（1・2・3・追加）
（3）DPT-IPV（四種混合）	第1期初回（1・2・3）・第1期追加
（4）BCG	
（5）麻しん・風しん	（1・2）
（6）水痘	（1・2）
（7）日本脳炎	第1期初回（1・2）・第1期追加

発達

1	笑う	か月
2	追視	か月
3	定頸	か月
4	人の声のする方に向く	か月
5	おもちゃをつかむ	か月
6	お座り	か月
7	発語	か月
8	ひとり歩き	か月
9	二語文　歳	か月

乳幼児に対する健康診査について（児母発第29号平成10年4月8日（第一次改正平成27年9月11日雇児母発0911第1号）厚生省児童家庭局母子保健課通知）より引用

か月児健康診査票（参考として3～4か月児健康診査票を掲げる）

受診日　平成　　年　　月　　日

身体測定　（生後（　　）日）				
身長	体重	胸囲	頭囲	カウプ指数
cm	g	cm	cm	

既往症	無・有（　　）	
診察所見	1　身体的発育異常	9　斜頸
	2　精神発達障害 ア　笑わない イ　喃語が出ない ウ　視線が合わない	10　循環器系疾患 ア　心雑音 イ　その他
	3　けいれん	11　呼吸器系疾患
	4　運動発達異常 ア　定頸未完了 イ　物をつかまない	12　消化器系疾患 ア　腹部膨満・腹部腫瘤 イ　そけいヘルニア ウ　臍ヘルニア エ　便秘 オ　その他
	5　神経系・感覚器系の異常 ア　追視しない イ　斜視 ウ　聴覚異常 エ　筋緊張異常 オ　その他	13　泌尿器系疾患 ア　停留精巣 イ　外性器異常 ウ　その他
	6　血液疾患 ア　貧血 イ　その他	14　先天性代謝異常
	7　皮膚疾患 ア　湿疹 イ　その他	15　先天性形態異常（頭・顔面・四肢・体幹等）
	8　股関節 ア　開排制限 イ　M字型開脚ではない	16　その他の異常
	判定 1　異常なし　2　既医療　3　要経過観察 4　要紹介（要精密・要治療）	
	紹介先	
	診査医名	
育児環境等	ア　生活リズム イ　母の心身状態 ウ　その他	
心配事	無・有（　　）	
栄養	良・要指導	
子育て支援の必要性の判定 1　特に問題なし　2　保健師による支援が必要 3　その他の支援が必要（　　）		
判定者		
記事（精密健診の結果等）		

乳幼児に対する健康診査について（児母発第29号平成10年4月8日（第一次改正平成27年9月11日雇児母発0911第1号）厚生省児童家庭局母子保健課通知）より引用

か月児健康診査問診票（参考として3～4か月児健康診査問診票を掲げる）

◎:「健やか親子21（第2次）」の指標に基づく問診項目（毎年の母子保健課調査にて国に報告）
○:「健やか親子21（第2次）」の指標に基づく問診項目（中間評価と最終評価の各前年度の母子保健課調査にて国に報告）

既往歴等		1	生まれつきの病気はありますか。	（いいえ・はい）
		2	お乳の飲みが少ないと心配したことがありますか。	（いいえ・はい）
		3	お乳をしばしば大量に吐くことがありますか。	（いいえ・はい）
		4	お腹が異常に大きいと感じたことがありますか。	（いいえ・はい）
		5	お風呂に入れたとき、お乳を飲むとき、泣いたときに、くちびるが紫色になることがありますか。	（いいえ・はい）
		6	けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	（いいえ・はい）
		7	風邪にかかったら、すぐゼコゼコいいますか。	（いいえ・はい）
		8	食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。	（いいえ・はい）
運動発達		9	腹ばいにさせると、腕でからだを支え頭を持ち上げますか。	（はい・いいえ）
		10	あお向きから横向きに半分寝返りますか。	（はい・いいえ）
		11	両手を合わせて遊びますか。	（はい・いいえ）
		12	ガラガラなど、おもちゃを握りますか。	（はい・いいえ）
		13	お子さんを抱きにくいと感じたことはありますか。	（いいえ・はい）
		14	例えば、からだが柔らかく、しっかりしないとか、手足が突っ張って硬いと感じたことがありますか。	（いいえ・はい）
精神・神経発達		15	視線が合いますか。	（はい・いいえ）
		16	動くものを目で追いますか。	（はい・いいえ）
		17	ガラガラを振ったり、ながめたりして遊びますか。	（はい・いいえ）
		18	「アーアー」「ウーウー」など言いますか。	（はい・いいえ）
生活習慣		19	散歩をよくしていますか。	（はい・いいえ）
	◎	20	生後1か月時の栄養法はどうですか。	（母乳・人工乳・混合）
		21	便は毎日出ていますか。	（はい・いいえ）
親（主な養育者）や子育ての状況	◎	22	妊娠中、あなた（お母さん）は喫煙をしていましたか。	（なし・あり（1日＿本））
	◎	23	妊娠中、あなた（お母さん）は飲酒をしていましたか。	（なし・あり）
	◎	24	現在、あなた（お母さん）は喫煙をしていますか。	（なし・あり（1日＿本））
	◎	25	現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。	（なし・あり（1日＿本））
	◎	26	生後半年から1歳頃までの多くの子どもは、「親の後追いをする」ことを知っていますか。	（はい・いいえ）
		27	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。	（良好・やや良好・どちらともいえない・ややよくない・よくない）
	◎	28	お母さんはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。	（はい・いいえ・何ともいえない）
	◎	29	お子さんのお父さんは、育児をしていますか。	（よくやっている・時々やっている・ほとんどしない・何ともいえない）
	◎	30	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。	（いつも感じる・時々感じる・感じない）
	◎	31	（前の設問で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して、）育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	（はい・いいえ）
		32	地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。	（はい・いいえ）
	◎	33	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	（そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない）
		34	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。	（大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい）
	◎	35	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○を付けて下さい。	（しつけのし過ぎがあった・感情的に叩いた・乳幼児だけを家に残して外出した・長時間食事を与えなかった・感情的な言葉で怒鳴った・子どもの口をふさいだ・子どもを激しく揺さぶった・いずれも該当しない）
	◎	36	赤ちゃんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きること（乳幼児揺さぶられ症候群）を知っていますか。	（はい・いいえ）
	○	37	お子さんのかかりつけの医師はいますか。	（はい・いいえ・何ともいえない）
	○	38	小児救急電話相談（＃8000）を知っていますか。	（はい・いいえ）
	○	39	お子さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか。	（働いていたことがある・働いていない）
	○	40	（前の設問で「働いていたことがある」と回答した人に対して）妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮をされたと思いますか。	（はい・いいえ）
	○	41	妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。	（知っていた・知らなかった）
	○	42	（前の設問で「知っていた」と回答した人に対して）マタニティマークを身に付けたりするなどして利用したことがありますか。	（利用したことがある・利用したことはない）
	◎	43	産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか。	（はい・いいえ・どちらとも言えない）
		44	育児は楽しいですか。	（はい・どちらともいえない・いいえ）
		45	育児は疲れますか。	（疲れない・どちらともいえない・疲れる）
		46	現在何か心配なことはありますか。いくつでも○を付けて下さい。	（子どものこと・配偶者やパートナーとの関係・父母や義父母との関係・育児仲間のこと・その他（　　））

健康相談の内容

指導内容

特記事項

乳幼児に対する健康診査について（児母発第29号平成10年4月8日（第一次改正平成27年9月11日雇児母発0911第1号）厚生省児童家庭局母子保健課通知）より引用

1歳6か月児健康診査票

受診日　平成　　年　　月　　日

身体測定			
身長	体重	胸囲	頭囲
cm	kg	cm	cm

既往症	無・有（　　）
診察所見	1　身体的発育異常
	2　精神発達障害　ア　精神発達遅滞 イ　言語発達遅滞
	3　熱性けいれん
	4　運動機能異常
	5　神経系・感覚器系の異常　ア　視覚 イ　聴覚 ウ　てんかん性疾患 エ　その他
	6　血液疾患　ア　貧血 イ　その他
	7　皮膚疾患　ア　アトピー性皮膚炎 イ　その他
	8　循環器系疾患　ア　心雑音 イ　その他
	9　呼吸器系疾患　ア　ぜんそく性疾患 イ　その他
	10　消化器系疾患　ア　腹部膨満・腹部腫瘤 イ　そけいヘルニア ウ　臍ヘルニア エ　便秘 オ　その他
	11　泌尿生殖器系疾患　ア　停留精巣 イ　外性器異常 ウ　その他
	12　先天異常
	13　生活習慣上の問題　ア　小食 イ　偏食 ウ　その他
	14　情緒行動上の問題　ア　指しゃぶり イ　多動 ウ　不安・恐れ エ　その他
	15　その他の異常
	判定 1　異常なし　2　既医療　3　要経過観察 4　要紹介（要精密・要治療）
	紹介先
	診査医名

歯科所見　　**診察日**　平成　　年　　月　　日

歯	むし歯									
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	罹患型	O1・O2・A・B・C								
	生歯	本（未処置歯　　本、処置歯　　本）								
	その他（　　）									

軟組織異常	無　・　有
咬合異常	無　・　有
清掃不良	無　・　有
その他口腔所見の異常	無　・　有
生活習慣等	
・間食の時間	決めている・決めていない
・母乳	飲んでいない・飲んでいる
判定 1　問題なし　2　要指導　3　要経過観察　4　要治療	
診査歯科医名	
育児環境等	ア　生活リズム イ　母の心身状態 ウ　その他
心配事	無・有（　　）
栄養	良・要指導
子育て支援の必要性の判定 1　特に問題なし　2　保健師による支援が必要 3　その他の支援が必要（　　）	
判定者	

記事（精密健診の結果等）

乳幼児に対する健康診査について（児母発第29号平成10年4月8日（第一次改正平成27年9月11日雇児母発0911第1号）厚生省児童家庭局母子保健課通知）より引用

1歳6か月児健康診査問診票

◎:「健やか親子21（第2次）」の指標に基づく問診項目（毎年の母子保健課調査にて国に報告）
〇:「健やか親子21（第2次）」の指標に基づく問診項目（中間評価と最終評価の各前年度の母子保健課調査にて国に報告）

既往歴等		1	生まれつきの病気はありますか。	（いいえ・はい）
		2	かんしゃくをよく起こしますか。	（いいえ・はい）
		3	泣いたり、動いたりせず大人しすぎると思ったことがありますか。	（いいえ・はい）
		4	けいれんを起こしたことはありますか。	（いいえ・はい）
		5	食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。	（いいえ・はい）
		6	これまで事故で病院にかかったことがありますか。	（いいえ・はい）
運動発達		7	手をひかれて階段を上がることができますか。	（はい・いいえ）
		8	手足の動きがぎこちなく突っ張った感じがありますか。	（いいえ・はい）
		9	鉛筆を持ってなぐり書きをしますか。	（はい・いいえ）
		10	スプーンを使って食事ができますか。	（はい・いいえ）
精神・神経発達		11	片目ずつ手で隠しても、嫌がらずにみていますか。	（はい・いいえ）
		12	絵本を見て知っているものをさしますか。	（はい・いいえ）
		13	周りの人の身振りや手振りをまねしますか。	（はい・いいえ）
		14	何かに興味を持った時に、指さしで伝えようとしますか。	（はい・いいえ）
		15	部屋の離れたところにあるおもちゃを指すと、その方向をみますか。	（はい・いいえ）
		16	周囲の人や他の子どもたちに関心を示しますか。	（はい・いいえ）
		17	自分の好きなおもちゃで遊びますか。	（はい・いいえ）
		18	相手になると喜びますか。	（はい・いいえ）
		19	大人の言う簡単な言葉が分かりますか。（おいで・ねんね・ちょうだいなど）	（はい・いいえ）
生活習慣		20	偏食や小食など食事について心配なことがありますか。	（いいえ・はい）
		21	甘い飲み物（ジュースなど）をよく飲みますか。	（いいえ・はい）
		22	便は毎日出ていますか。	（はい・いいえ）
	◎	23	保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。	（仕上げ磨きをしている（子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている）・子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている・子どもだけで磨いている・子どもも保護者も磨いていない）
		24	朝起きる時間と、夜寝る時間を書いてください。	朝（　　）時頃起床 夜（　　）時頃就寝
		25	上着を脱ごうとすることがありますか。	（はい・いいえ）
予防接種	◎	26	四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）の予防接種（第1期初回3回）を済ませましたか。	（はい・いいえ）
	◎	27	麻しん・風しんの予防接種を済ませましたか。	（はい・いいえ）
親（主な養育者）や子育ての状況	◎	28	現在、あなた（お母さん）は喫煙をしていますか。	（なし・あり（1日＿本））
	◎	29	現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。	（なし・あり（1日＿本））
	◎	30	1歳半から2歳頃までの多くの子どもは、「何かに興味を持った時に、指さしで伝えようとする」ことを知っていますか。	（はい・いいえ）
	◎	31	浴室のドアには、子どもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか。	（はい・いいえ・該当しない）
		32	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。	（良好・やや良好・どちらともいえない・ややよくない・よくない）
	◎	33	お母さんはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。	（はい・いいえ・何ともいえない）
	◎	34	お子さんのお父さんは、育児をしていますか。	（よくやっている・時々やっている・ほとんどしない・何ともいえない）
	◎	35	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。	（いつも感じる・時々感じる・感じない）
	◎	36	（前の設問で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して、）育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	（はい・いいえ）
		37	地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。	（はい・いいえ）
	◎	38	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	（そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない）
		39	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。	（大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい）
	◎	40	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに〇を付けて下さい。	（しつけのし過ぎがあった・感情的に叩いた・乳幼児だけを家に残して外出した・長時間食事を与えなかった・感情的な言葉で怒鳴った・子どもの口をふさいだ・子どもを激しく揺さぶった・いずれも該当しない）
		41	育児は楽しいですか。	（はい・どちらともいえない・いいえ）
		42	育児は疲れますか。	（疲れない・どちらともいえない・疲れる）
		43	現在何か心配なことはありますか。いくつでも〇を付けて下さい。	（子どものこと・配偶者やパートナーとの関係・父母や義父母との関係・育児仲間のこと・その他（　　））

健康相談の内容

指導内容

特記事項

乳幼児に対する健康診査について（児母発第29号平成10年4月8日（第一次改正平成27年9月11日雇児母発0911第1号）厚生省児童家庭局母子保健課通知）より引用

3歳児健康診査票

受診日　平成　　年　　月　　日

身体測定			検尿		
身長	体重	頭囲	蛋白	糖	潜血
cm	kg	cm	(－・±・＋)	(－・±・＋)	(－・±・＋)

既往症	無・有(　　)
診察所見	1　身体的発育異常
	2　精神発達障害　ア　精神発達遅滞　イ　言語発達遅滞
	3　熱性けいれん
	4　運動機能異常
	5　神経系・感覚器系の異常　ア　視覚　イ　聴覚　ウ　てんかん性疾患　エ　その他
	6　血液疾患　ア　貧血　イ　その他
	7　皮膚疾患　ア　アトピー性皮膚炎　イ　その他
	8　循環器系疾患　ア　心雑音　イ　その他
	9　呼吸器系疾患　ア　ぜんそく性疾患　イ　その他
	10　消化器系疾患　ア　腹部膨満・腹部腫瘤　イ　そけいヘルニア　ウ　臍ヘルニア　エ　便秘　オ　その他
	11　泌尿生殖器系疾患　ア　停留精巣　イ　外性器異常　ウ　その他
	12　先天異常
	13　生活習慣上の問題　ア　小食　イ　偏食　ウ　その他
	14　情緒行動上の問題　ア　指しゃぶり　イ　吃音　ウ　多動　エ　不安・恐れ　オ　その他
	15　その他の異常
	判定 1　異常なし　2　既医療　3　要経過観察 4　要紹介(要精密・要治療)
	紹介先
	診査医名
記事(精密健診の結果等)	

眼科所見　診察日　平成　年　月　日

視力　両眼:　右眼:　左眼:

屈折:

眼底:

眼位異常　無・有・疑(　　)

眼球運動異常　無・有・疑(　　)

その他の所見

判定

1　異常なし　2　既医療　3　要経過観察(　　か月位)　4　要精密検査

診査医名

耳鼻咽喉科所見　診察日　平成　年　月　日

聴力　右(正常・難聴　　db)　左(正常・難聴　　db)

ティンパノメトリー　右　A　B　C型　左　A　B　C型

言語発達の遅れ　無・有

構音障害　無・有

その他の所見

判定

1　異常なし　2　既医療　3　要経過観察(　　か月位)　4　要精密検査

診査医名

歯科所見　診察日　平成　年　月　日

歯										
	むし歯									
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	罹患型　O・A・B・C1・C2									
	生歯　　本(未処置歯　　本、処置歯　　本)									
	その他　(　　)									

軟組織異常　無　・　有　(　小帯　・　歯肉　・　その他　)

咬合異常　無　・　有　(　反対咬合　・　開咬(指しゃぶり　無・有)　・　その他　)

清掃不良　無　・　有

その他口腔所見の異常　無　・　有

生活習慣等

・間食の時間　決めている・決めていない

判定

1　問題なし　2　要指導　3　要経過観察　4　要治療

診査歯科医名

育児環境等　ア　生活リズム　イ　母の心身状態　ウ　その他

心配事　無・有(　　)

栄養　良・要指導

子育て支援の必要性の判定

1　特に問題なし　2　保健師による支援が必要

3　その他の支援が必要(　　)

判定者

乳幼児に対する健康診査について(児母発第29号平成10年4月8日(第一次改正平成27年9月11日雇児母発0911第1号)厚生省児童家庭局母子保健課通知)より引用

3歳児健康診査問診票

◎:「健やか親子21（第2次）」の指標に基づく問診項目（毎年の母子保健課調査にて国に報告）
〇:「健やか親子21（第2次）」の指標に基づく問診項目（中間評価と最終評価の各前年度の母子保健課調査にて国に報告）

既往歴等		1	生まれつきの病気はありますか。	（いいえ・はい）
		2	けいれんを起こしたことがありますか。	（いいえ・はい）
		3	ぜんそくやアトピー性皮膚炎と言われたことはありますか。	（いいえ・はい）
		4	食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。	（いいえ・はい）
		5	これまで事故で病院にかかったことがありますか。	（いいえ・はい）
運動発達		6	ほぼこぼさないで一人で食べますか。	（はい・いいえ）
精神・神経発達		7	同年齢の子どもと会話ができますか。	（はい・いいえ）
		8	言葉が遅れているという心配はありますか。	（いいえ・はい）
		9	何でも自分でしたがりますか。	（はい・いいえ）
		10	ひどく不安を示したり、恐れることはありますか。	（いいえ・はい）
		11	ひどく乱暴で困ることはありますか。	（いいえ・はい）
		12	ひどく落ち着かず注意が集中できなくて困ることがありますか。	（いいえ・はい）
		13	指しゃぶり、爪かみ、ひどい人見知りをするなど困っていることがありますか。	（いいえ・はい）
生活習慣		14	よく噛んで食べる習慣はありますか。	（はい・いいえ）
		15	偏食や小食など食事について心配なことがありますか。	（いいえ・はい）
		16	甘い飲み物（ジュースなど）をよく飲みますか。	（いいえ・はい）
		17	昼間のおしっこを前もって知らせますか。	（はい・いいえ）
		18	便は毎日出ていますか。	（はい・いいえ）
		19	保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。	（仕上げ磨きをしている（子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている）・子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている・子どもだけで磨いている・子どもも保護者も磨いていない）
		20	朝起きる時間と、夜寝る時間を書いてください。	朝（　　）時頃起床 夜（　　）時頃就寝
		21	お子さんはテレビやDVDを1日2時間以上みていますか。	（いいえ・はい）
親（主な養育者）や子育ての状況	◎	22	現在、あなた（お母さん）は喫煙をしていますか。	（なし・あり（1日＿本））
	◎	23	現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。	（なし・あり（1日＿本））
	◎	24	3歳から4歳頃までの多くの子どもは、「他の子どもから誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか。	（はい・いいえ）
		25	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。	（良好・やや良好・どちらともいえない・ややよくない・よくない）
	◎	26	お母さんはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。	（はい・いいえ・何ともいえない）
		27	お母さんはお子さんとよく遊んでいますか。	（はい・いいえ）
		28	お子さんのお父さんはお子さんとよく遊んでいますか。	（はい・いいえ）
	◎	29	お子さんのお父さんは、育児をしていますか。	（よくやっている・時々やっている・ほとんどしない・何ともいえない）
	◎	30	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。	（いつも感じる・時々感じる・感じない）
	◎	31	（前の設問で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して、）育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	（はい・いいえ）
		32	地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。	（はい・いいえ）
	◎	33	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	（そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない）
		34	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。	（大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい）
	◎	35	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに〇を付けて下さい。	（しつけのし過ぎがあった・感情的に叩いた・乳幼児だけを家に残して外出した・長時間食事を与えなかった・感情的な言葉で怒鳴った・いずれも該当しない）
	〇	36	お子さんのかかりつけの医師はいますか。	（はい・いいえ・何ともいえない）
	〇	37	お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。	（はい・いいえ・何ともいえない）
		38	育児は楽しいですか。	（はい・どちらともいえない・いいえ）
		39	育児は疲れますか。	（疲れない・どちらともいえない・疲れる）
		40	現在何か心配なことはありますか。いくつでも〇を付けて下さい。	（子どものこと・配偶者やパートナーとの関係・父母や義父母との関係・育児仲間のこと・その他（　　））

健康相談の内容

指導内容

特記事項

乳幼児に対する健康診査について（児母発第29号平成10年4月8日（第一次改正平成27年9月11日雇児母発0911第1号）厚生省児童家庭局母子保健課通知）より引用

保護者の記録【３～４か月頃】　（　　年　　月　　日記録）

○首がすわったのはいつですか。　（　　月　　日頃）
（「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。）

○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。　**はい　いいえ**
（天気のよい日に薄着で散歩するなどしてあげましょう。）

○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。

３　～　４　か　月　児　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。）

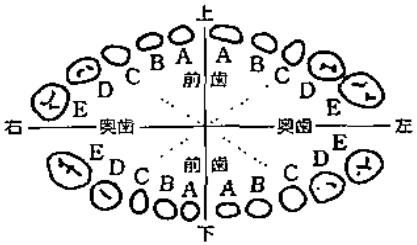
年　月　日	月　齢	体　重	身　長	特　記　事　項	施設名又は担当者名
		g	.　cm		

母子保健法施行規則　様式第三号より引用

＜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**
　（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
　フッ素入り歯磨きの使用をしていますか。　**はい　いいえ**
○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。

幼児

＜１歳６か月児健康診査は、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。＞

１歳６か月児健康診査

（　　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。）	Hib　小児肺炎球菌　B型肝炎　ジフテリア　百日せき　破傷風　ポリオ　BCG　麻しん　風しん　水痘		

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_1　O_2　A　B　C
											要治療のむし歯：なし・あり（　　本）
											歯の汚れ：きれい・少ない・多い
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	歯肉・粘膜：異常なし・あり（　　）
											かみ合わせ：よい・経過観察
											（　　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_1：むし歯なし、歯もきれい　O_2：むし歯なし、歯の汚れ多い
　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

母子保健法施行規則　様式第三号より引用

幼児

＜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。

両親から３歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

幼児

○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したがりますか。　**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**
○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**
○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）の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか。　**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**
○遊び友だちがいますか。　**はい　いいえ**
○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。

＜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
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。）	Hib　小児肺炎球菌　B型肝炎　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（　　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 （　　年　　月　　日診査）
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

特記事項

施設名又は担当者名	

幼児

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　C_1：下前歯がむし歯　C_2：下前歯やその他にむし歯

母子保健法施行規則　様式第三号より引用