

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)	<small>ほ</small> 哺乳力	黄	<small>だん</small> 疸	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)	<small>ほ</small> 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。

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

おへそはかかれていますか。 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。

1 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

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【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。)

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		

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^{しゅ}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。 いいえ はい

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。

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
病気の心配があります。すぐに眼科医の診察を受けてください。

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 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		

口の中の疾患や異常は、むし歯、歯ぐきの病気、不正咬合等を含みます。

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

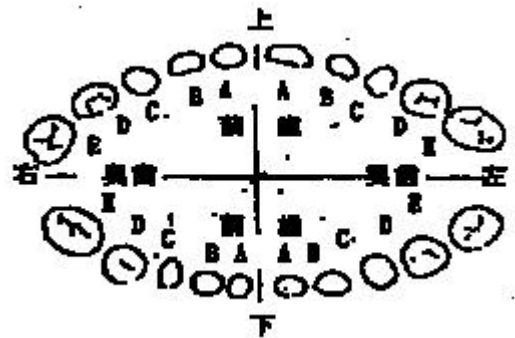
子育てについて困難を感じるこ
とはありますか。 いいえ はい 何ともいえない

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。

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。



9 ~ 10 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		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。

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 (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		

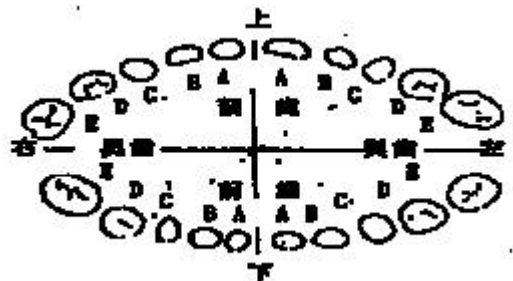
このページは1歳6か月児健診までに記入しておきましょう。

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。 (ひとり歩きができるようになった時: 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。 (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。)	いいえ	はい
<u>食事やおやつの時間はだいたい 決まっていますか。</u>	はい	いいえ
<u>保護者が歯の仕上げみがきをして あげていますか。</u>	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: <u>子育てについて困難を感じること</u>		
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x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 ・視力・その他）()	耳の異常 ・なし・あり・疑 （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 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・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 O₁：むし歯なし、歯もきれい O₂：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

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
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。

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
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
ママごと、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 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・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		

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 の 状 態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	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		

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
家族と一緒に食事を食べていますか。	はい	いいえ
<u>保護者が歯の仕上げみがきをして あげていますか。</u>	はい	いいえ
<u>いつも指しゃぶりをしていますか。</u>	いいえ	はい
<u>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。</u>	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 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
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
<u>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。</u>	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 ^{きゅう} 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>保護者が歯の仕上げみがきをして あげていますか。</u>	はい	いいえ
<u>朝食を毎日食べますか。</u>	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 シンテリア・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 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（ ） 不正咬合 ^{こう} ：なし・要注意（ ） 歯・口腔 ^{くわう} 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		