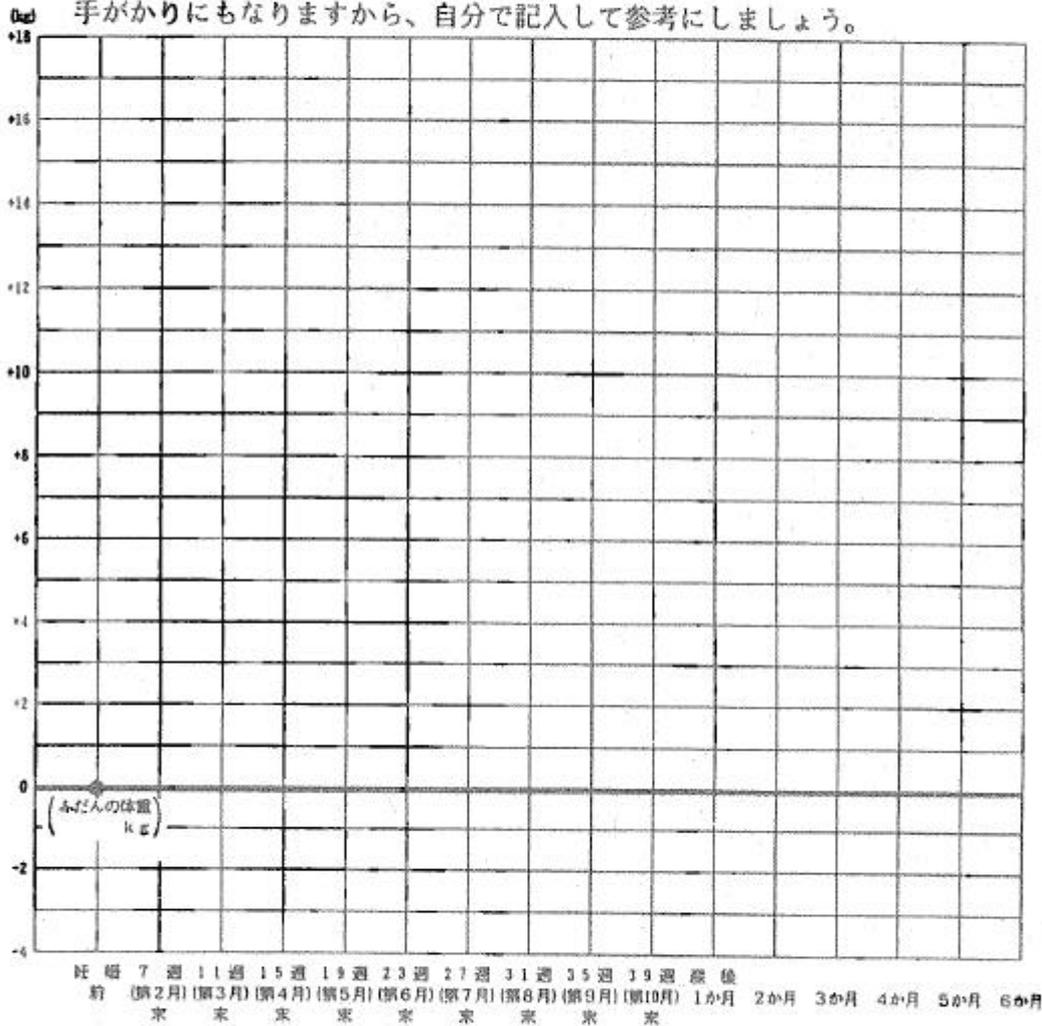


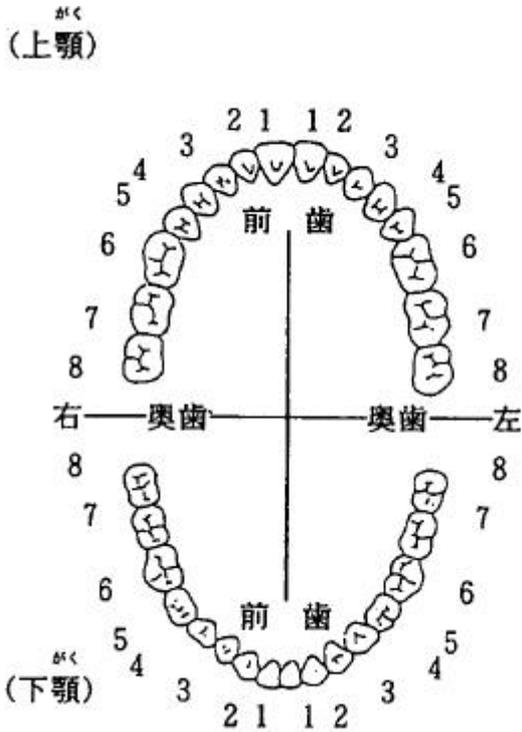
妊娠中と産後の体重変化の記録

体重は健康のよい指標です。特に妊娠中と産後は体重の増減が異常発見の手がかりにもなりますから、自分で記入して参考にしましょう。



妊娠前又はごく初期の体重を0にして、その後の体重の増減を目盛りに従って、点で記入してつなぎましょう。産後6か月くらいで妊娠前の体重に戻したいものです。

妊 娠 中 と 産 後 の 歯 の 状 態



歯の状態記号：
 健全歯 / 喪失歯 未処置歯 C 処置歯

初回診査 年 月 日	
妊 娠 週	
むし歯	処置歯 本 未処置歯 本
歯石	なし あり
歯周疾患	なし 歯肉炎 歯周炎
その他	
指導メモ	
施設名又は担当者名	

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	妊娠・産後 週	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯石	なし あり
指導メモ															歯周疾患	なし 歯肉炎 歯周炎	
															年 月 日診査 施設名又は担当者名		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	妊娠・産後 週	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯石	なし あり
指導メモ															歯周疾患	なし 歯肉炎 歯周炎	
															年 月 日診査 施設名又は担当者名		

このページは妊婦自身で記入してください。

母親（両親）学級受講記録

受講年月日	課目	備考
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

予

備

欄

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。

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
おへそはかわいていますか。 (ジクジクしている時は医師にみてもらいましょう。)	はい	いいえ
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^{しゅ}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。)

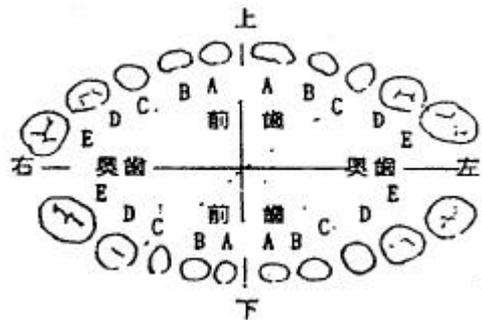
年 月 日	月 齢	体 重	身 長	指 導 事 項	施設名又は 担当者名
		g	. cm		

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 日頃)
 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。