様式第三号(第七条関係)

市町村(特別区)名

母　子　健　康　手　帳

令和　　年　　月　　日交付　　No.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな
保護者の氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな
子の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(第　　子)

生年月日：令和　　年　　月　　日　性別：＿＿＿＿

＜この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。＞

	続　柄	ふりがな 氏　　名	生　年　月　日　(年　齢)	職　　業
子の保護者	母 (妊婦)		年　　月　　日生(　　歳)	
	父		年　　月　　日生(　　歳)	
			年　　月　　日生(　　歳)	
	居住地	電話		
		電話		
		電話		

出　生　届　出　済　証　明

子　の　氏　名	男・女	
出　生　の　場　所	都道府県	市区町村
出　生　の　年　月　日	年　　月　　日	

上記の者については　　年　　月　　日
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長　　印

※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。

＜このページは妊婦自身で記入してください。＞

妊　婦　の　健　康　状　態　等

妊娠

身　長　　cm	ふだんの体重　　kg	BMI

BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)
(体格指数)

○次の病気にかかったことがありますか。(あるものに○印)
高血圧　腎臓病　糖尿病　肝炎　心臓病　甲状腺の病気
精神疾患(心の病気)　その他病気(病名　　)

○次の感染症にかかったことがありますか。
風しん(三日はしか)　(はい　いいえ　予防接種を受けた)
麻しん(はしか)　(はい　いいえ　予防接種を受けた)
水　痘(水ぼうそう)　(はい　いいえ　予防接種を受けた)

○今までに手術を受けたことがありますか。
なし　あり　(病名　　)

○服用中の薬　(常用薬)　(　　)

○薬剤や食品などのアレルギー　(　　)

○家庭や仕事など日常生活で強いストレスを感じていますか。　はい　いいえ

○今回の妊娠に際し、心配なことはありますか。　はい　いいえ

○その他心配なこと(　　)

○たばこを吸いますか。
いいえ(以前は吸っていた　(1日　　本))　はい(1日　　本)

○同居者は同室でたばこを吸いますか。　いいえ　はい(1日　　本)

○酒類を飲んでいますか。
いいえ　(以前は飲んでいた　(1日　　程度))　はい(1日　　程度)

※喫煙と飲酒は、赤ちゃんの成長に大きな影響を及ぼしますので、やめましょう。

夫・パートナーの健康状態	健康　よくない　(病名　　)

い　ま　ま　で　の　妊　娠・出　産

出産年月	妊娠期間・出産方法	出生児の体重・性別	現在の子の状態
年　月	妊娠　　週	g　男　女	

※妊娠についての悩みや、出産・育児の不安がある方は、市町村(子育て世代包括支援センター)、医療機関等に気軽に相談しましょう。

<このページは妊婦自身で記入してください。>

妊婦の職業と環境

妊娠に気づいたときの状況	職業				
	仕事の内容と職場環境※				
	仕事をする時間	1日約(　　)時間・(　　)時～(　　)時 交代制など変則的な勤務(あり・なし)			
	通勤や仕事に利用する乗り物				
	通勤の時間	片道(　　)分	混雑の程度	ひどい・普通	
妊娠してからの変更点		仕事を休んだ　(妊娠　　週(第　　月)のとき) 仕事を変えた　(妊娠　　週(第　　月)のとき) 仕事をやめた　(妊娠　　週(第　　月)のとき) その他　(　　)			
産前休業		月　日から　月　日まで			
産後休業		月　日から　月　日まで			
育児休業	母親	月　日から　月　日まで 月　日から　月　日まで			
	父親	月　日から　月　日まで 月　日から　月　日まで 月　日から　月　日まで			
住居の種類		一戸建て(　　階建) 集合住宅(　　階建　階・エレベーター：有・無) その他(　　)			
騒音		静・普通・騒	日当たり	良・普通・悪	
同居		子ども(　　人)・夫・夫の父・夫の母・実　父・実　母 その他(　　人)			

※立ち作業など負担の大きい作業が多い、温湿度が厳しい、たばこの煙がひどい、振動が多い、ストレスが多い、休憩がとりにくい、時間外労働が多いなどの特記事項も記入しましょう。

妊娠中の記録(1)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊娠

＜妊娠3か月＞　妊娠8週　～　妊娠11週　（　　月　　日　～　　月　　日）
※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておくと安心です。
＜妊娠4か月＞　妊娠12週　～　妊娠15週　（　　月　　日　～　　月　　日）
※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう(以降も各種検査結果について確認しましょう。)。 ※里帰り出産を予定している場合は、医師や助産師、家族と話し合い、準備しましょう。

最終月経開始日	年　　月　　日
この妊娠の初診日	年　　月　　日
胎動を感じた日	年　　月　　日
分娩(べん)予定日	年　　月　　日

※働く女性は、妊婦健康診査で医師等から指導(予防的措置も含みます。)があった際は、「母性健康管理指導事項連絡カード」を活用しましょう。

妊娠中の記録(2)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

＜妊娠5か月＞　妊娠16週　～　妊娠19週　（　　月　　日　～　　月　　日）
※働く女性・男性のための出産、育児に関する制度を確認しましょう。
＜妊娠6か月＞　妊娠20週　～　妊娠23週　（　　月　　日　～　　月　　日）

※妊婦健康診査は必ず受けましょう。
妊娠中は、気がかりなことがなくても、身体にはいろいろな変化が起こっています。きちんと妊婦健康診査を受けましょう。

※妊娠中注意したい症状
次のような症状は、治療などの対応が必要な場合もありますので、医師などに相談しましょう。

（むくみ・性器出血・おなかの張り・腹痛・発熱・下痢・がんこな便秘
ふだんと違ったおりもの・強い頭痛・めまい・はきけ・嘔吐）

また、つわりで衰弱がひどいとき、イライラや動悸がはげしく、不安感が強いとき、今まであった胎動を感じなくなったときは、すぐに医師などに相談しましょう。

妊娠中の記録(3)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊娠

＜妊娠7か月＞　妊娠24週　～　妊娠27週　（　　月　　日　～　　月　　日）
＜妊娠8か月＞　妊娠28週　～　妊娠31週　（　　月　　日　～　　月　　日）

出産前後の居住地	住所　　電話
妊娠・分娩に係る緊急連絡先（知らせて欲しい人）	ふりがな 氏　名　　電話 ふりがな 氏　名　　電話
分娩施設へのアクセス方法	自家用車・タクシー・徒歩・その他（　　） 所要時間（　　時間　　分）
出産前後、家事や育児を手伝ってくれる人	

※出血や破水、おなかの強い張りや痛み、胎動の減少を感じたら、すぐに医療機関を受診しましょう。

妊娠中の記録(4)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

＜妊娠9か月＞　妊娠32週　～　妊娠35週　（　　月　　日　～　　月　　日）
※出産に備えて連絡先や分娩(べん)施設に持参するものを確認しておきましょう。 ※出産や産後の生活について、不安な点や不明な点はかかりつけの医師や助産師、市町村の保健師などに相談しましょう。
＜妊娠10か月＞　妊娠36週　～　妊娠39週　（　　月　　日　～　　月　　日）

妊娠40週　～ （　　月　　日～）	出産日：　　年　　月　　日
	※赤ちゃん誕生を迎えた気持ちを記入しておきましょう。

※出血や破水、おなかの強い張りや痛み、胎動の減少を感じたら、すぐに医療機関を受診しましょう。

妊娠

妊　娠　中　の　経　過

妊娠

診察月日	妊娠週数―日	子宮底長	腹囲	体重 妊娠前の体重（　　）	血圧	浮腫	尿蛋白	尿糖	その他の検査（血液検査、血糖、超音波など）	特記事項（安静・休業などの指示や切迫早産等の産科疾患や合併症など）	施設名又は担当者名
／	―	cm	cm	kg		－＋卄	－＋卄	－＋卄			
／	―					－＋卄	－＋卄	－＋卄			
／	―					－＋卄	－＋卄	－＋卄			
／	―					－＋卄	－＋卄	－＋卄			
／	―					－＋卄	－＋卄	－＋卄			
／	―					－＋卄	－＋卄	－＋卄			
／	―					－＋卄	－＋卄	－＋卄			
／	―					－＋卄	－＋卄	－＋卄			
／	―					－＋卄	－＋卄	－＋卄			
／	―					－＋卄	－＋卄	－＋卄			
／	―					－＋卄	－＋卄	－＋卄			
／	―					－＋卄	－＋卄	－＋卄			
／	―					－＋卄	－＋卄	－＋卄			
／	―					－＋卄	－＋卄	－＋卄			

※妊婦健康診査を受けるときはもちろん、外出時はいつも持参しましょう。

検査の記録

妊娠

感染症検査や子宮頸がん検診の結果に関して、気になる点や追加検査・治療が必要かについて、医師に相談しましょう。

検　査　項　目	検 査 年 月 日	備　　考
血液型	年　月　日	ABO　　型　Rh
不規則抗体	年　月　日	
子宮頸(けい)がん検診	年　月　日	
梅毒血清反応	年　月　日	
HBs抗原	年　月　日	
HCV抗体	年　月　日	
HIV抗体	年　月　日	
風しんウイルス抗体	年　月　日	
HTLV―1抗体	年　月　日	
クラミジア抗原	年　月　日	
B群溶血性連鎖球菌	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	

※検査結果を記録する場合は、妊婦に説明し同意を得ること。

父親や周囲の方の記録
赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

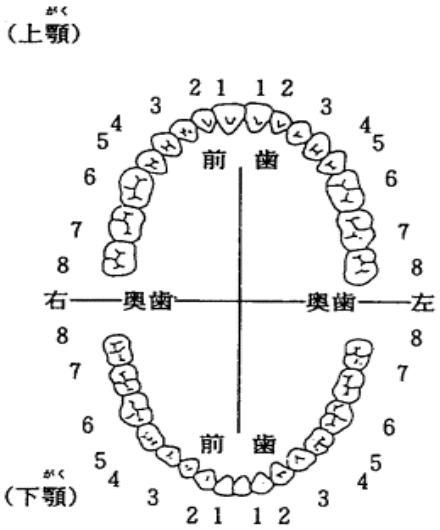
＜このページは妊婦自身で記入してください。＞

両 親 学 級 な ど の 受 講 記 録

妊娠

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		

予 備 欄



歯の状態記号：健全歯／　むし歯(未処置歯)C
処置歯○　喪失歯△

初回診査　　年　　月　　日	
妊　娠　　週	
要治療のむし歯	なし あり(　　本)
歯石	なし　あり
歯肉の炎症	なし あり(要指導) あり(要治療)
特記事項	
施設名又は担当者名	

妊娠

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

妊娠・産後　　週	
歯石	なし　あり
歯肉の炎症	なし あり(要指導) あり(要治療)
特記事項	
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
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

妊娠・産後　　週	
歯石	なし　あり
歯肉の炎症	なし あり(要指導) あり(要治療)
特記事項	
年　月　日診査	施設名又は担当者名

※むし歯や歯周病などの病気は妊娠中に悪くなりやすいものです。歯周病は早産等の原因となることがあるので注意し、歯科医師に相談しましょう。
※歯科医師にかかるときは、妊娠中であることを話してください。

出　産

出　産　の　状　態

妊娠期間	妊　娠　　週　　日			
娩出日時	前 年　月　日　午　時　分 後			
分娩経過	頭位　・　骨盤位　・　その他(　　) 特記事項			
分娩方法				
分娩所要時間		出　血　量	少量・中量・多量(　　ml)	
輸血(血液製剤含む)の有無	無　・　有(　　)			
出産時の児の状態	性別・数	男　・　女　・　不明	単　・　多(　　胎)	
	計測値	体重　　g	身長　　.　　cm	
		頭囲　　.　　cm	胸囲　　.　　cm	
	特別な所見・処置	新生児仮死→(死　亡・蘇　生)・　死　産		
証明	出生証明書・　死産証書(死胎検案書)　・出生証明書及び死亡診断書			
出産の場所名称				
分娩取扱者氏名	医　師		その他	
	助産師			

＜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	悪露（おろ）	乳房の状態	血圧	尿蛋白（たん）	尿糖	体重	EPDS等の実施など
	良・否	正・否			－＋卄	－＋卄	kg	
	良・否	正・否			－＋卄	－＋卄		
	良・否	正・否			－＋卄	－＋卄		
	良・否	正・否			－＋卄	－＋卄		
	良・否	正・否			－＋卄	－＋卄		

出産

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、地域の子育てに関する相談機関(子育て世代包括支援センター等)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。＞

産後ケアの記録

産後

年月日	方法	場所	備考
	宿泊・デイサービス・訪問		
	宿泊・デイサービス・訪問		
	宿泊・デイサービス・訪問		
	宿泊・デイサービス・訪問		
	宿泊・デイサービス・訪問		
	宿泊・デイサービス・訪問		
	宿泊・デイサービス・訪問		

＜地域の子育てに関する相談機関(子育て世代包括支援センター等)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	概要など	場所

乳児

早期新生児期【生後1週間以内】の経過

日　齢※	体 重(g)	哺(ほ)　乳　力	黄　　疸(だん)	そ　の　他
		普 通・弱	な し ・ 普 通 ・ 強	
		普 通・弱	な し ・ 普 通 ・ 強	

ビタミンK_2シロップ投与　　実施日　　／　　／

出生時またはその後の異常：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・人工乳

引き続き観察を要する事項：

施設名又は担当者名		電話	

後期新生児期【生後1～4週】の経過

日　齢※	体 重(g)	哺(ほ) 乳 力	栄　　養　　法	施設名又は担当者名
		普通・弱	母乳・混合・人工乳	
		普通・弱	母乳・混合・人工乳	

新生児訪問指導等の記録（　　年　月　日　生後　　日）

日　齢※	体重(g)	身長(cm)	胸囲(cm)	頭囲(cm)	栄　　養　　法
					母乳・混合・人工乳

施設名又は担当者名

特記事項：

※生まれた当日を0日として数えること。

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【2週間頃】　　(　　年　月　日記録)

○泣き声やお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
○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。

※このページは医療機関、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。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。

うんちの色に注意しましょう

明るいところでカードの色と見比べてください。

1 番 ～ 3 番
に近い色だと思う

4 番 ～ 7 番
だったのが
1 番 ～ 3 番
に近くなった

どちらかが当てはまるときは、胆道閉鎖症などの病気の可能性がありますので、1日も早く小児科医、小児外科医等の診察を受けてください。

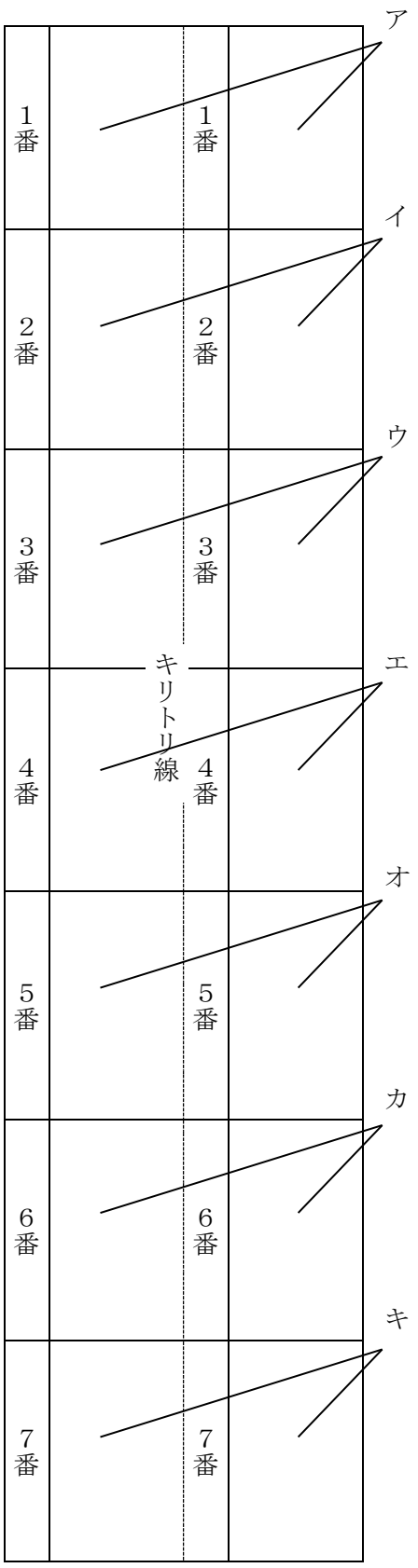
便色の記入欄(観察日と右欄に当てはまる色番号)

生後2週 年 月 日	番

生後1か月 年 月 日	番

生後1～4か月 年 月 日	番

生後4か月くらいまでは、うんちの色に注意が必要です。生後2週を過ぎても皮膚や白目(しろめ)が黄色い場合、おしっこが濃い黄色の場合にも、すぐに医師等に相談しましょう。



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。

乳児

○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。　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。

※このページは医療機関、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。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。

※これからの予防接種のスケジュールを確認しましょう。

1 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
健康・要観察	
特記事項	

乳児

施設名又は担当者名	

次の健康診査までの記録
（自宅などで測定した身長・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		

乳児

保護者の記録【2か月頃】　（　　年　　月　　日記録）

○お乳をよく飲みますか。　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。

※このページは医療機関、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。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 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

乳児

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
（自宅などで測定した身長・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		

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。　（　　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
（天気のよい日に散歩するなどしてあげましょう。）
○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、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。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 ～ 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 要精査　（精密検査実施日：　　年　　月　　日）	
施設名又は担当者名	

乳児

次の健康診査までの記録
（自宅などで測定した身長・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		

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
○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、離乳食の心配、感想などを自由に記入しましょう。

乳児

※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、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。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。

６ ～ ７ 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
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	
特記事項	
施設名又は担当者名	

乳児

次の健康診査までの記録
（自宅などで測定した身長・体重も記入しましょう。）

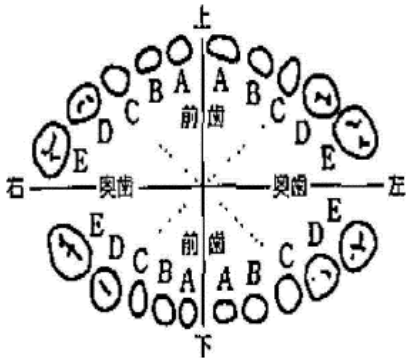
年　月　日	月　齢	体　重	身　長	特　記　事　項	施設名又は担当者名
		g	.　cm		

※口の中の疾患や異常は、むし歯、歯ぐきの病気、かみ合わせの不具合等を含みます。

保護者の記録【9～10か月頃】　（　　年　　月　　日記録）

乳児

○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、離乳食の心配、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：　　か月）
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、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。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。

9 ～ 10 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	離乳食は1日　　回
歯（　　）本	口の中の疾患や異常　：　な　し・あ　り（　　）

乳児

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
（自宅などで測定した身長・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		

0歳のうちに接種しておきたい予防接種を確認しましょう。　接種完了・未完了

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。

幼児

○つたい歩きをしたのはいつですか。（　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
○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きましたか。　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。

※このページは医療機関、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。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。

1 歳 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		母　乳：飲んでいない・飲んでいる	
1日に食事(　　)回、 間食(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
	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・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
（自宅などで測定した身長・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
		g	.　cm		

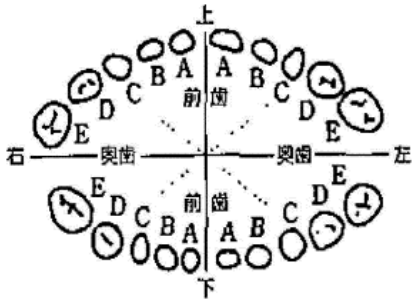
＜このページは1歳6か月児健康診査までに記入しておきましょう。＞

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、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

幼児

○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、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師などに相談しましょう。

＜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・　　か月　　日）

<table>
<tr><td colspan="2">体　重　　kg</td><td colspan="2">身　長　　.　　cm</td></tr>
<tr><td colspan="2">頭　囲　　.　　cm</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>栄養状態：良・要指導</td><td colspan="2">母乳：飲んでいない・飲んでいる</td><td>離乳：完了・未完了</td></tr>
<tr><td>目　の　異　常
（眼位・視力・その他）</td><td>なし・あり・疑
（　　）</td><td>耳の異常
（難聴・その他）</td><td>なし・あり・疑
（　　）</td></tr>
<tr><td>予防接種
（受けているものに○を付ける。）</td><td colspan="3">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</td></tr>
</table>

健康・要観察

要精査　（精密検査実施日：　　年　　月　　日）

歯の状態										
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	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
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
（自宅などで測定した身長・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：奥歯と上顎前歯にむし歯C：下額前歯にもむし歯

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。

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。

幼児

○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、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師などに相談しましょう。

2 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・視力・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
	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
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）

幼児

特記事項

施設名又は担当者名	

次の健康診査までの記録
（自宅などで測定した身長・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		

＜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。

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
○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、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師などに相談しましょう。

＜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

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 (受けているものに○を付ける。)	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・要観察

要精査　(精密検査受診日：　　年　　月　　日)

歯の状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	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　C_1：下額前歯がむし歯　C_2：下額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。

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。

幼児

○階段の2、3段目の高さからとびおりるような
　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。　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
○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、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師などに相談しましょう。

4 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：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(　　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)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

幼児

特記事項

施設名又は担当者名	

次の健康診査までの記録

（自宅などで測定した身長・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		

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。

幼児

○片足で5秒以上、立つことができますか。　はい　いいえ
○ジャンケンの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、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師などに相談しましょう。

5 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：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)
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		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
													歯・口腔(くう)の疾病異常：(　　)
	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	歯の形態・色調：異常なし・あり(　　) (　　年　　月　　日診査)

幼児

特記事項

施設名又は担当者名	

次の健康診査までの記録

(自宅などで測定した身長・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		

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。

幼児

○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、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師などに相談しましょう。

6 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：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。)	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・要観察

歯の状態													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・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・口腔(くう)の疾病異常：(　　) 歯の形態・色調：異常なし・あり(　　) (　　年　　月　　日診査)
	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	
		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	

幼児

特記事項

施設名又は担当者名	

次の健康診査までの記録

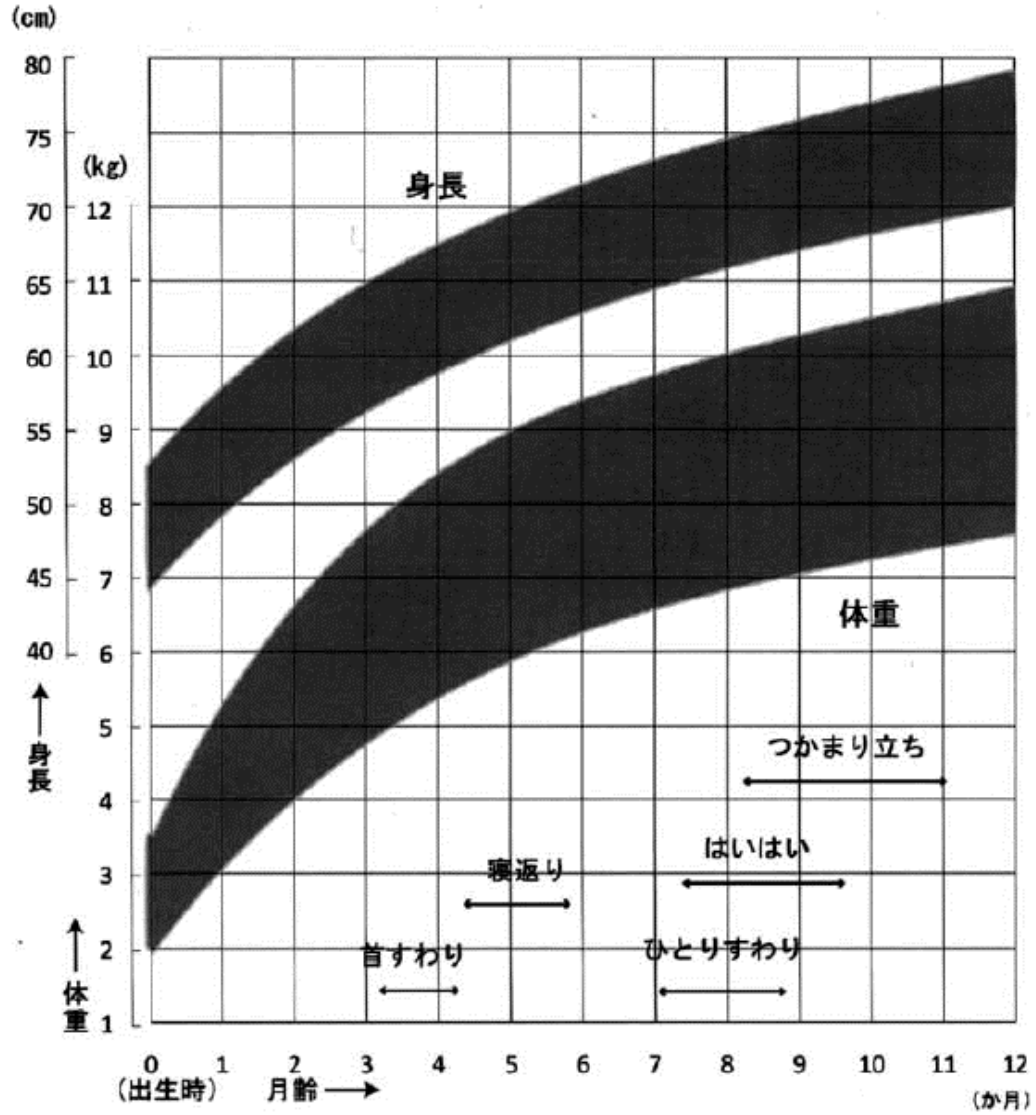
(自宅などで測定した身長・体重も記入しましょう。)

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

＜お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。＞

男の子　乳児身体発育曲線(平成22年調査)

発育曲線

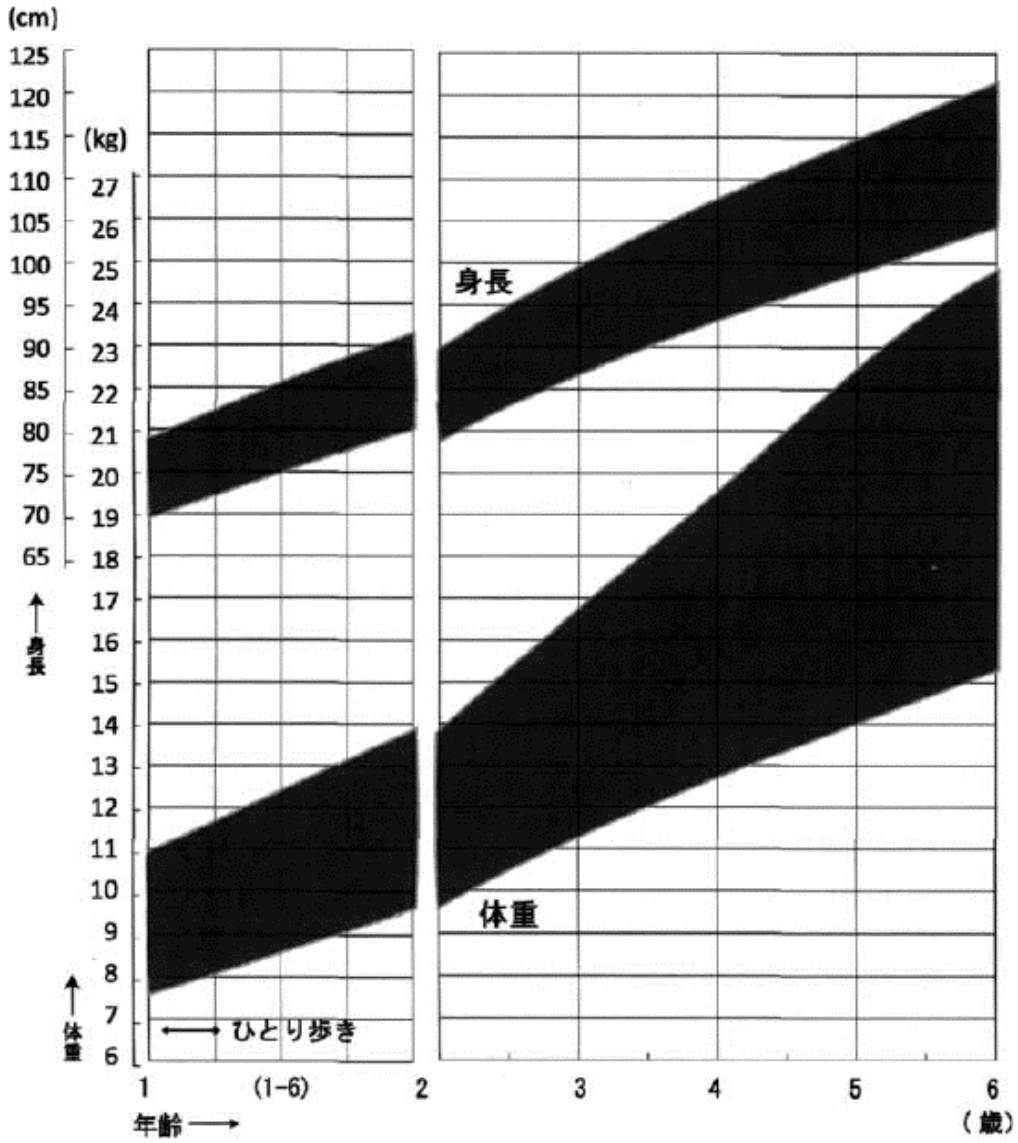


首すわり、寝返り、ひとりすわり、はいはい、つかまり立ち及びひとり歩きの矢印は、約半数の子どもができるようになる月・年齢から、約9割の子どもができるようになる月・年齢までの目安を表したものです。
お子さんができるようになったときを矢印で記入しましょう。

(出典)厚生労働省平成22年乳幼児身体発育調査報告

＜お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。＞

男の子　幼児身体発育曲線(平成22年調査)

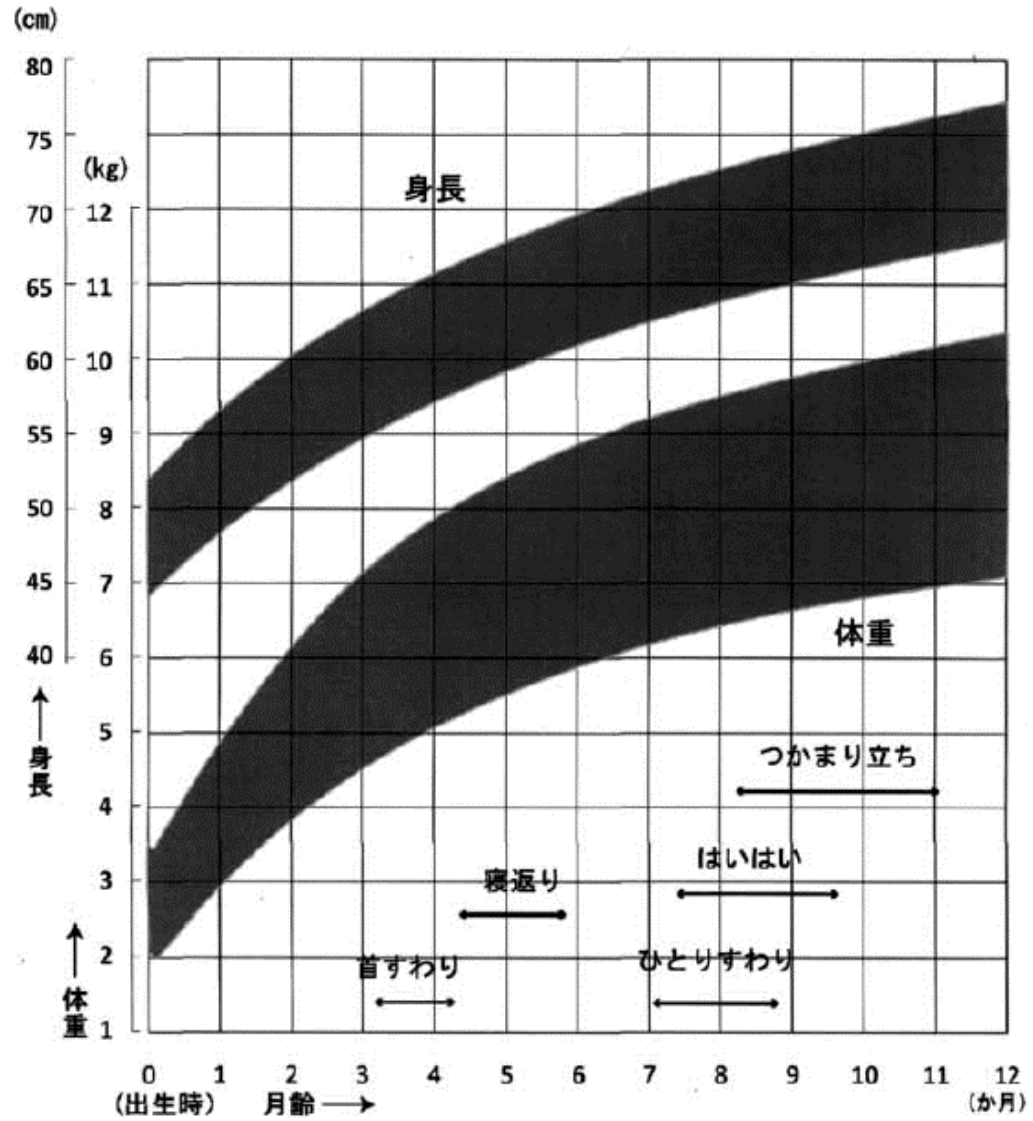


身長と体重のグラフ：帯の中には、各月・年齢の94パーセントの子どもの値が入ります。乳幼児の発育は個人差が大きいですが、このグラフを一応の目安としてください。なお、2歳未満の身長は寝かせて測り、2歳以上の身長は立たせて測ったものです。

＜お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。＞

女の子　乳児身体発育曲線(平成22年調査)

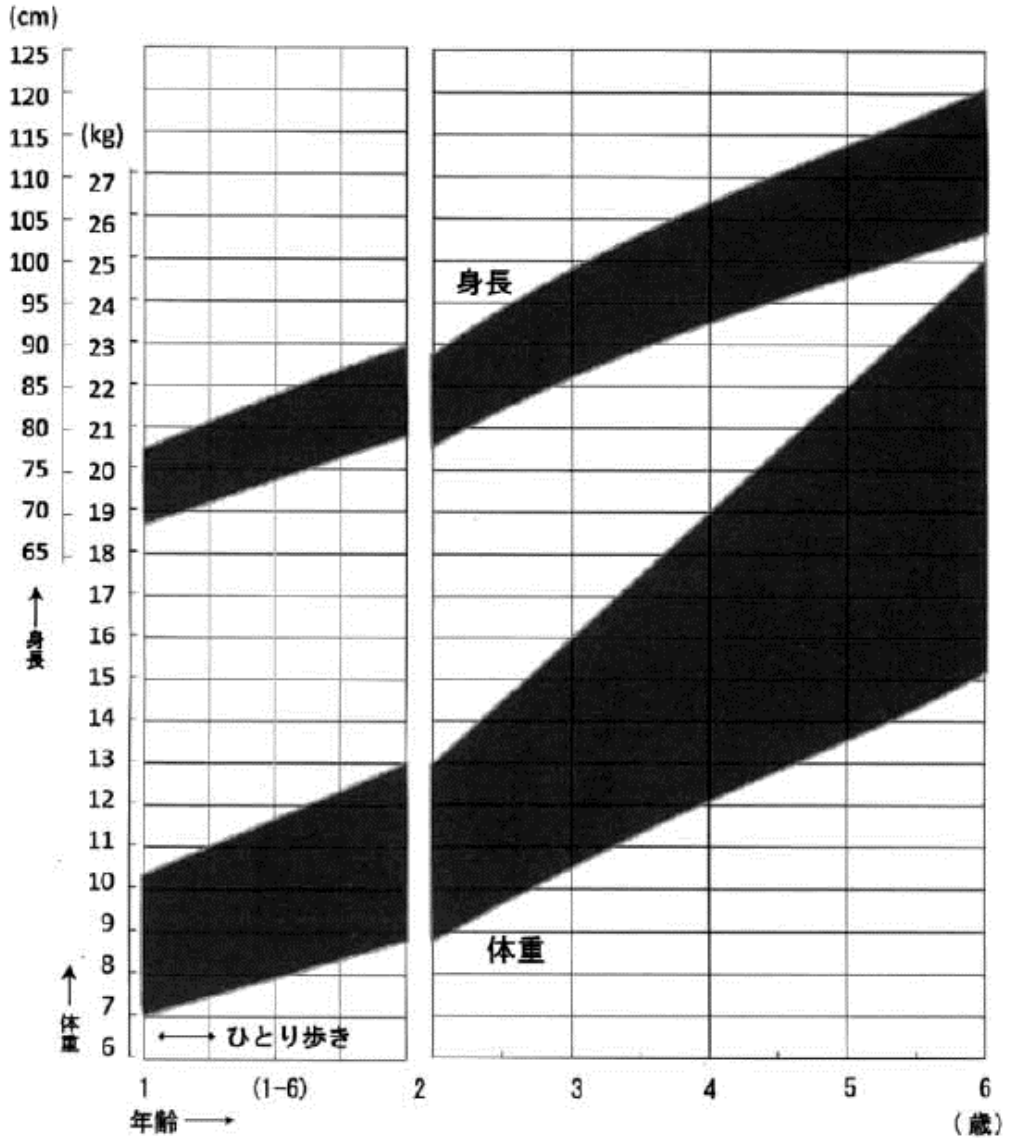
発育曲線



首すわり、寝返り、ひとりすわり、はいはい、つかまり立ち及びひとり歩きの矢印は、約半数の子どもができるようになる月・年齢から、約9割の子どもができるようになる月・年齢までの目安を表したものです。
お子さんができるようになったときを矢印で記入しましょう。

＜お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。＞

女の子　幼児身体発育曲線(平成22年調査)

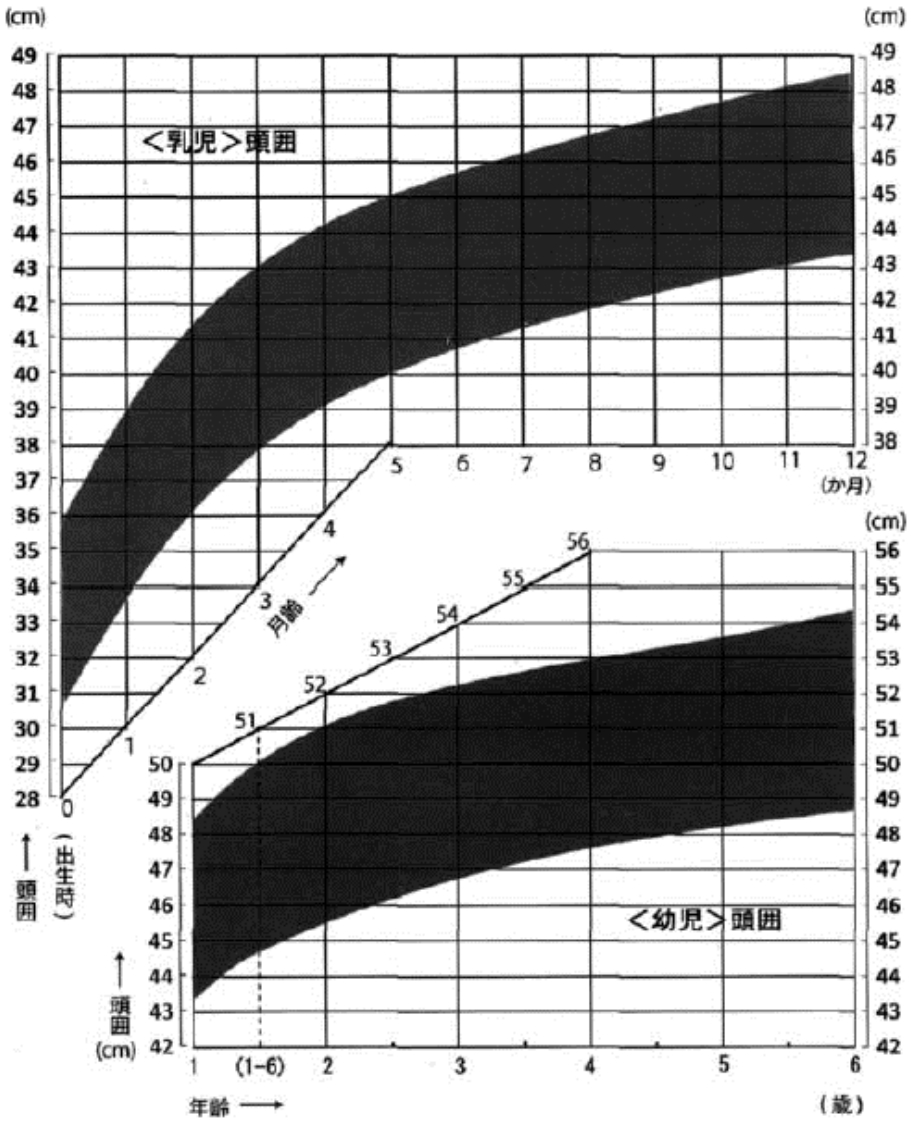


身長と体重のグラフ：帯の中には、各月・年齢の94パーセントの子どもの値が入ります。乳幼児の発育は個人差が大きいですが、このグラフを一応の目安としてください。なお、2歳未満の身長は寝かせて測り、2歳以上の身長は立たせて測ったものです。

発育曲線

＜お子さんの頭囲をこのグラフに記入しましょう。＞

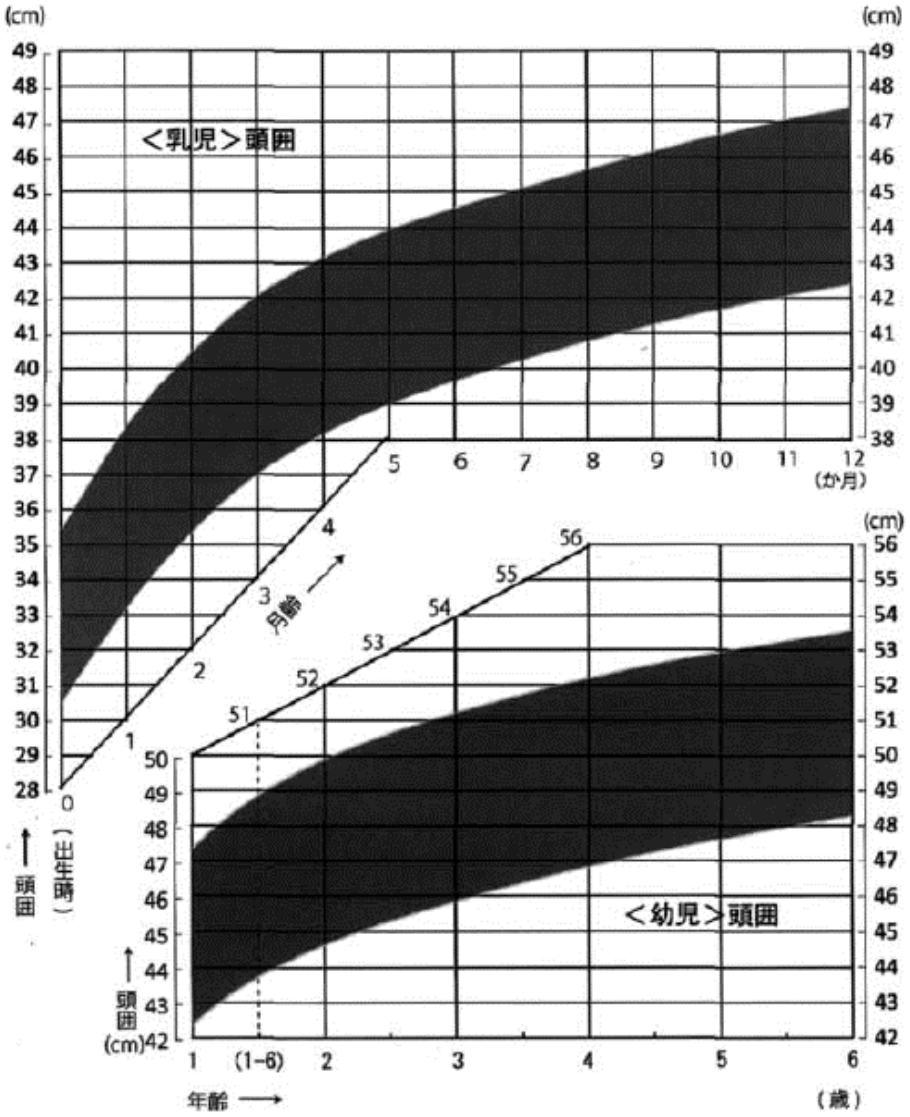
男の子　乳幼児身体発育曲線(平成22年調査)



頭囲のグラフ：帯の中に94パーセントの子どもの値が入ります。なお、頭囲は左右の眉(まゆ)の直上を通るようにして測ったものです。

＜お子さんの頭囲をこのグラフに記入しましょう。＞

女の子　乳幼児身体発育曲線(平成22年調査)

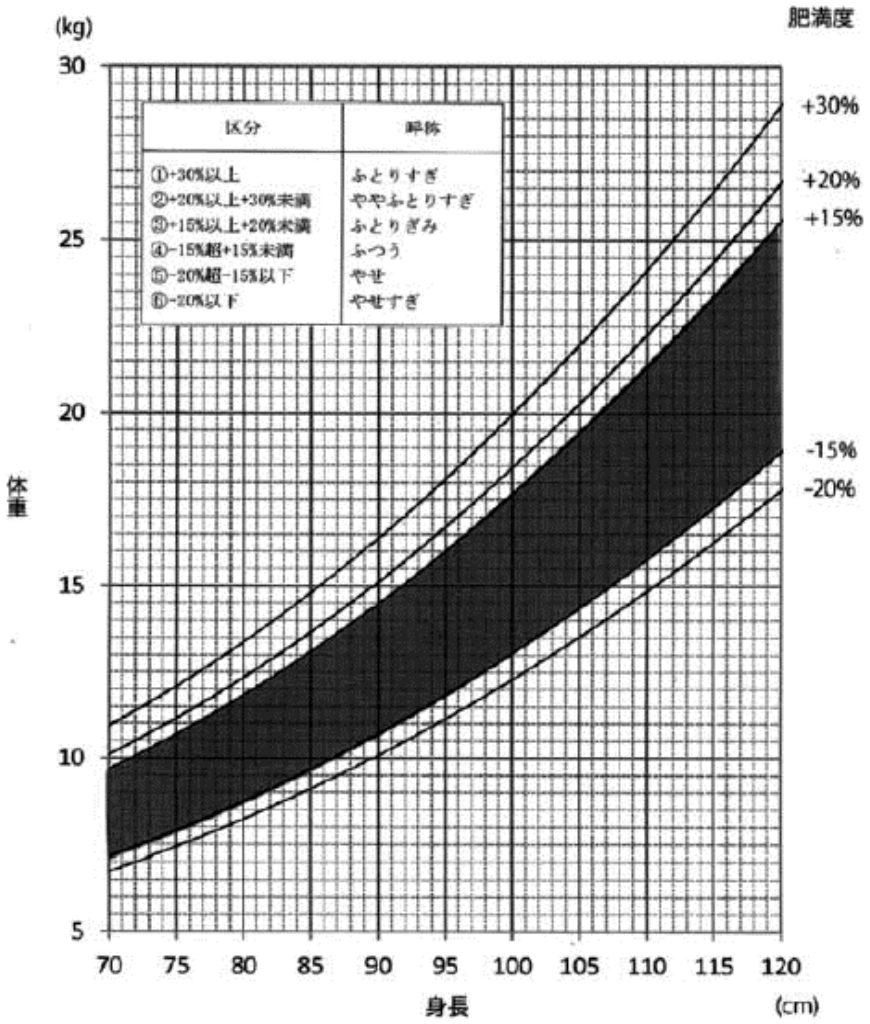


頭囲のグラフ：帯の中に94パーセントの子どもの値が入ります。なお、頭囲は左右の眉(まゆ)の直上を通るようにして測ったものです。

発育曲線

＜お子さんの体重と身長が交差する点をグラフに記入しましょう。＞

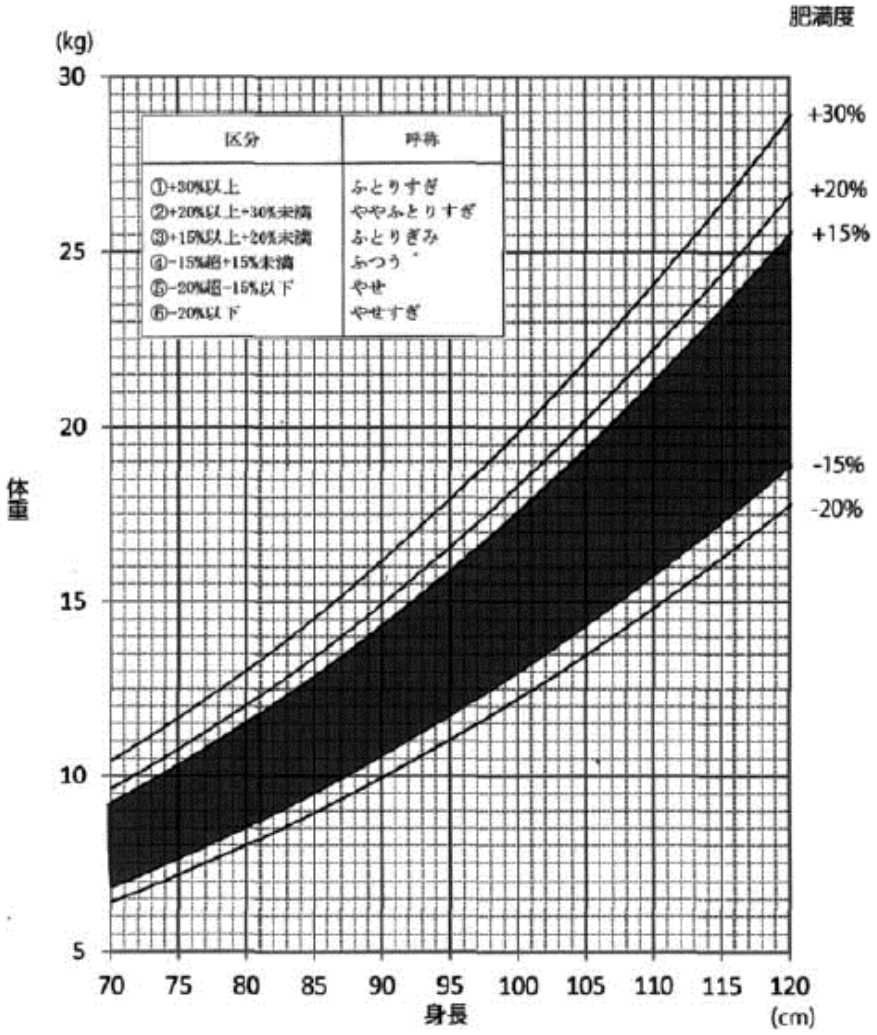
男の子　幼児の身長体重曲線(平成22年調査)



子どものからだつきは成長とともに変化し、個人差も大きいのですが、この曲線を肥満とやせの一応の目安としてください。「ふつう」に入らないからといってただちに異常というわけではありませんが、心配な場合は医師等に相談しましょう。身体計測を行ったときはこのグラフに記入し、成長に伴う変化をみるようにしましょう。

＜お子さんの体重と身長が交差する点をグラフに記入しましょう。＞

女の子　幼児の身長体重曲線(平成22年調査)



子どものからだつきは成長とともに変化し、個人差も大きいのですが、この曲線を肥満とやせの一応の目安としてください。「ふつう」に入らないからといってただちに異常というわけではありませんが、心配な場合は医師等に相談しましょう。身体計測を行ったときはこのグラフに記入し、成長に伴う変化をみるようにしましょう。

予防接種

予 防 接 種 の 記 録 (1)
Immunization Record

感染症から子ども(自分の子どもはもちろん、周りの子どもたちも)を守るために、予防接種は非常に効果の高い手段の一つです。子どもたちの健康を守るために予防接種の効果と副反応をよく理解し、子どもに予防接種を受けさせましょう。

ワクチンの種類 Vaccine		接種年月日 Y／M／D (年齢)	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name／Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
インフルエンザ菌b型 (Hib) Haemophilus type b	1回				
	2回				
	3回				
	追加				
小児肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1回				
	2回				
	3回				
	追加				
B型肝炎 Viral Hepatitis type B	1回				
	2回				
	3回				
ロタウイルス Rotavirus ※5価経口弱毒生ロタウイルスワクチンのみ3回目を接種	1回				
	2回				
	3回				

予 防 接 種 の 記 録 (2)
Immunization Record

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio						
時期		ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y／M／D (年齢)	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name／Lot.No.	接種者名 Physician	備　考 Remarks
第1期初回	1回					
	2回					
	3回					
第1期 追加						
第2期 ジフテリア・破傷風 Diphtheria・Tetanus						

BCG			
接　種 年月日 Y／M／D (年齢)	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name／Lot.No.	接種者名 Physician	備　考 Remarks

予防接種

ワクチンの種類 Vaccine		接種年月日 Y／M／D (年齢)	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name／Lot.No.	接種者名 Physician	備　考 Remarks
麻しん Measles ・ 風しん Rubella	第1期				
	第2期				
水痘 Varicella	1回				
	2回				

予防接種

予防接種の記録 (3)
Immunization Record

日本脳炎 Japanese Encephalitis					
時期		接種年月日 Y／M／D (年齢)	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name／Lot.No.	接種者名 Physician	備　考 Remarks
第1期初回	1回				
	2回				
第1期 追加					
第2期					

ワクチンの種類 Vaccine		接種年月日 Y／M／D (年齢)	メーカー又は製剤名／ロット Manufacturer or Brand name／Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
ヒトパピローマウイルス (HPV) Human Papillomavirus	1回				
	2回				
	3回				

●薬剤や食品などのアレルギー記入欄

備考　19ページ中、アの部分の色彩は灰白色、イの部分の色彩は象牙色、ウの部分の色彩は明るい黄緑色、エの部分の色彩は暗い黄色、オの部分の色彩は黄土色、カの部分の色彩は金茶色、キの部分の色彩は暗いオリーブ色とする。