

(新)

<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	B M I
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)				
麻疹(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(こども家庭センター)、医療機関等に気軽に相談しましょう。

(旧)

<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	B M I
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)				
麻疹(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。

(新)

<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		/	-+#	-+#	kg	
	良・否	正・否		/	-+#	-+#		
	良・否	正・否		/	-+#	-+#		
	良・否	正・否		/	-+#	-+#		
	良・否	正・否		/	-+#	-+#		

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（子ども家庭センター等）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		

(旧)

<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		/	-+#	-+#	kg	
	良・否	正・否		/	-+#	-+#		
	良・否	正・否		/	-+#	-+#		
	良・否	正・否		/	-+#	-+#		
	良・否	正・否		/	-+#	-+#		

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		

(新)

<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		

<地域の子育てに関する相談機関（子ども家庭センター等）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

(旧)

<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		

<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

(新)

早期新生児期【生後1週間以内】の経過

日 齢 <sup>※</sup>	体 重 (g)	哺 乳 力	黄 疸	そ の 他
		普通・弱	なし・普通・強	
		普通・弱	なし・普通・強	

ビタミンK<sub>2</sub>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 <sup>※</sup>	体 重 (g)	哺 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 <sup>※</sup>	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。

乳児

(旧)

早期新生児期【生後1週間以内】の経過

日 齢 <sup>※</sup>	体 重 (g)	哺 乳 力	黄 疸	そ の 他
		普通・弱	なし・普通・強	
		普通・弱	なし・普通・強	

ビタミンK<sub>2</sub>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 <sup>※</sup>	体 重 (g)	哺 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 <sup>※</sup>	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。

乳児

(新)

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)	年 月 日	右 (パス・リファー) 左 (パス・リファー)
リファー (要再検査) の場合	年 月 日	

※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<br>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、子ども家庭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。

(旧)

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)	年 月 日	右 (パス・リファー) 左 (パス・リファー)
リファー (要再検査) の場合	年 月 日	

※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<br>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。

(新)

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 |
| ○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。

乳  
児

※このページは医療機関、こども家庭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。

(旧)

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 |
| ○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。

乳  
児

※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。

(新)

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。 はい いいえ
  - 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。

乳  
児

※このページは医療機関、こども家庭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。

(旧)

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。

乳  
児

※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。

(新)

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、こども家庭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。

(旧)

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。

(新)

### 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			

乳  
児

特記事項

要精査 (精密検査受診日: 年 月 日)

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		

(旧)

### 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			

乳  
児

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

#### 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		

(新)

## 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)
- ひとりずわりをしたのはいつですか。 ( 月 日頃)  
(「ひとりずわり」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す。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、こども家庭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。

(旧)

## 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)
- ひとりずわりをしたのはいつですか。 ( 月 日頃)  
(「ひとりずわり」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す。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。

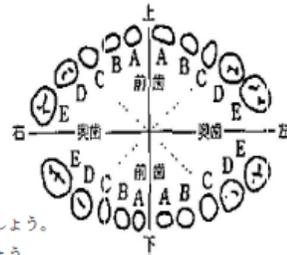
(新)

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なります。)
- そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか。 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

乳  
児

○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: 年月)

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、こども家庭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。

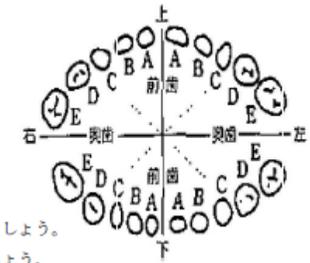
(旧)

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なります。)
- そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか。 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

乳  
児

○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: 年月)

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。

(新)

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  
う。

※このページは医療機関、こども家庭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。

(旧)

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  
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。

(新)

### 1 歳 児 健 康 診 査

( 年 月 日実施・ 歳 か月)

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	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	
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

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		

(旧)

### 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	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	
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

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		

幼  
児

幼  
児

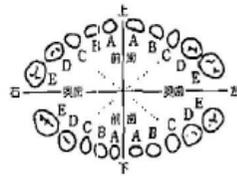
(新)

<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、プープ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<br>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、こども家庭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。

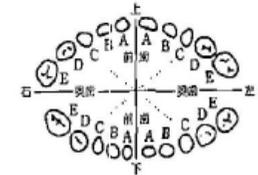
(旧)

<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、プープ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<br>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。

幼児

幼児

(新)

<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
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・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 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		

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	むし歯の罹患型: O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> 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)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

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<sub>1</sub>:むし歯なし、歯もきれい O<sub>2</sub>: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:下顎前歯にむし歯

(旧)

<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)

体重	. kg	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	離乳:完了・未完了
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 ( )
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		

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	むし歯の罹患型: O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> 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)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

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<sub>1</sub>:むし歯なし、歯もきれい O<sub>2</sub>: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:下顎前歯にむし歯

幼児

幼児

(新)

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。

幼児

※このページは医療機関、こども家庭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。

(旧)

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。

幼児

※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。

(新)

<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)を描けますか。	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
○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、こども家庭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。

(旧)

<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)を書けますか。	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
○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。

(新)

< 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（聴聴・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	むし歯の罹患型：O A B C <sub>1</sub> C <sub>2</sub> 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	

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：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<sub>1</sub>：下前歯がむし歯 C<sub>2</sub>：下前歯やその他にむし歯

幼児

(旧)

< 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（聴聴・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	むし歯の罹患型：O A B C <sub>1</sub> C <sub>2</sub> 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	

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：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<sub>1</sub>：下前歯がむし歯 C<sub>2</sub>：下前歯やその他にむし歯

幼児

(新)

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の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きますか。 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
  - お父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、こども家庭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。

(旧)

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の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きますか。 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
  - お父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。

(新)

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
- うんちをひとりですますか。 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

○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、こども家庭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。

(旧)

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
- うんちをひとりですますか。 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

○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。

(新)

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、 <u>描けますか。</u>         | 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、子ども家庭センター等で参考にしますので、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。

(旧)

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、 <u>書けますか。</u>         | 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しますので、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。

幼児

幼児