

昭和四十年厚生省令第五十五号

母子保健法施行規則

母子保健法（昭和四十年法律第四百一十一号）第十二条、第十五条第一項及び第二項、第十六条第一項及び第三項並びに第十八条の規定に基づき、並びに同法を実施するため、母子保健法施行規則を次のように定める。

（法第九条の二第二項の内閣府令で定める支援）

第一条 母子保健法（昭和四十年法律第四百一十一号。以下「法」という。）第九条の二第二項の内閣府令で定める支援は、母性並びに乳児及び幼児のうちその心身の状態等に照らし健康の保持及び増進に関する包括的な支援を必要とする者（次項において「包括的支援対象者」という。）に対して、母性並びに乳児及び幼児に対する支援に次る計画（以下この条において「サポートプラン」という。）の作成並びに支援の実施状況及び当該計画（以下この条において「サポートプラン」という。）の作成並に当該計画の見直しを行うこととする。

2 サポートプランを作成する場合において、包括的支援対象者が、児童福祉法施行規則（昭和二十三年厚生省令第十一号）第一条の三十九の二第一項に規定する要支援児童等その他の者であるときは、サポートプランの作成を担当する職員は、児童福祉法（昭和二十二年法律第六十四号）第十条第一項第四号に規定する計画の作成を担当する職員と連携してサポートプランを作成しなければならない。

（健康診査）

第二条 法第十二条の規定による満一歳六か月を超え満二歳に達しない幼児に対する健康診査は、次の各号に掲げる項目について行うものとする。

- 一 身体発育状況
- 二 栄養状態
- 三 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無
- 四 皮膚の疾病の有無
- 五 歯及び口腔の疾病及び異常の有無
- 六 四肢運動障害の有無
- 七 精神発達の状態
- 八 言語障害の有無
- 九 予防接種の実施状況
- 十 育児上問題となる事項
- 十一 その他の疾病及び異常の有無
- 十二 法第十二条の規定による満三歳を超え満四歳に達しない幼児に対する健康診査は、次の各号に掲げる項目について行うものとする。
- 一 身体発育状況
- 二 栄養状態
- 三 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無
- 四 皮膚の疾病の有無
- 五 眼の疾病及び異常の有無
- 六 耳、鼻及び咽頭の疾病及び異常の有無
- 七 歯及び口腔の疾病及び異常の有無
- 八 四肢運動障害の有無
- 九 精神発達の状態
- 十 言語障害の有無
- 十一 予防接種の実施状況
- 十二 育児上問題となる事項
- 十三 その他の疾病及び異常の有無

第三条 法第十五条の内閣府令で定める事項は、次のとおりとする。

（妊娠の届出）

- (1) 居室
- (2) カウンセリングを行う部屋
- (3) 乳児の保育を行う部屋

- 一 届出年月日
- 二 氏名、年齢、個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成二十五年法律第二十七号）第二条第五項に規定する個人番号をいう。第九条第一項において同じ。）及び職業
- 三 居住地
- 四 妊娠月数
- 五 医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたときは、その氏名
- 六 性病及び結核に関する健康診断の有無

第四条から第六条まで 削除

（母子健康手帳の様式）

第七条 法第十六条第三項の内閣府令で定める母子健康手帳の様式は、様式第三号又はその他これに類するものであつても家庭庁長官が定めるもの、及び次の各号に掲げる事項を記載したものであるものとする。

- 一 日常生活上の注意、健康診査の受診勧奨、栄養の摂取方法、歯科衛生等妊産婦の健康管理に当たり必要な情報
- 二 育児上の注意、疾病予防、栄養の摂取方法等新生児の養育に当たり必要な情報
- 三 育児上の注意、疾病予防、栄養の摂取方法、歯科衛生等乳幼児の養育に当たり必要な情報
- 四 妊産婦の健康管理及び乳幼児の養育についての相談窓口に関する情報
- 五 予防接種の種類、接種時期、接種に当たつての注意等予防接種に関する情報
- 六 母子保健に関する制度の概要、児童憲章等母子保健の向上に資する情報
- 七 母子健康手帳の再交付に関する手続等母子健康手帳を使用するに当たつての留意事項

（法第十七条の二第二項第一号の内閣府令で定める施設）

第七条の二 法第十七条第一項第一号の内閣府令で定める施設は、病院、診療所又は助産所以外の施設であつて、第七条の四各号に掲げる基準（同条第四号ロに掲げるものを除く。）を満たすものとして、市町村長が適当と認めるものとする。

（法第十七条の二第二項第二号の内閣府令で定める施設）

第七条の三 法第十七条第二号の内閣府令で定める施設は、次に掲げるものとする。

- 一 産後ケアセンター
- 二 児童福祉法第十条の二第一項に規定することも家庭センター
- 三 地域保健法（昭和二十二年法律第一百一号）第十八条第一項に規定する市町村保健センター
- 四 その他市町村長が適当と認める施設

（産後ケア事業の実施基準）

第七条の四 法第十七条の二第二項の内閣府令で定める基準は、次に掲げるものとする。

- 一 産後ケア事業を管理する者を定めること
- 二 助産師、保健師又は看護師のいずれかを常に一名以上配置するとともに、当該事業の内容に応じ、心理に関する知識を有する者その他事業の実施に必要な者を置くこと
- 三 緊急時の対応等を含め、出産後一年を経過しない女子及び乳児の状況に応じた適切な産後ケアを行うことができるよう、医療機関との連携体制を確保すること
- 四 次のイ又はロに掲げる事業の区分に応じて、それぞれ当該規定に定める設備を設置すること。ただし、近隣の場所にある他の施設において共同して使用できる設備がある施設であつて、出産後一年を経過しない女子及び乳児に対する産後ケアを行うに当たり支障がないものである場合には、この限りでない。

- イ 法第十七条の二第一項第一号の事業 次に掲げる設備
- (1) 居室
- (2) カウンセリングを行う部屋
- (3) 乳児の保育を行う部屋

保険法（昭和三十三年法律第九十二号）に定める国民健康保険診療報酬審査委員会又は同法第四十五条第六項に規定する厚生労働大臣が指定する法人に設置される診療報酬の審査に関する組織の意見を聴いて決定した額に基づいて、その診療報酬を支払うものとする。

附則 抄

（施行期日）

第一条 この省令は、昭和四十一年一月一日から施行する。

附則（昭和四十二年二月一日厚生省令第四一号） 抄

（施行期日）

1 この省令は、昭和四十二年一月一日から施行する。

附則（昭和四十二年一月三〇日厚生省令第五二号） 抄

（施行期日）

1 この省令は、昭和四十二年十二月一日から施行する。

附則（昭和四十五年一月三十一日厚生省令第四号） 抄

1 この省令は、昭和四十五年二月一日から施行する。

附則（昭和四十七年二月二三日厚生省令第四号） 抄

1 この省令は、公布の日から施行する。

附則（昭和四十九年一月三十一日厚生省令第二号） 抄

1 この省令は、昭和四十九年二月一日から施行する。

附則（昭和四十九年八月三十一日厚生省令第三二号） 抄

（施行期日）

1 この省令は、昭和四十九年十一月一日から施行する。

附則（昭和四十九年一〇月二二日厚生省令第三九号） 抄

1 この省令は、昭和四十九年十一月一日から施行する。

附則（昭和五十二年四月二七日厚生省令第一四号）

1 この省令は、昭和五十一年五月一日から施行する。

2 昭和五十一年四月一日前に行われた療養又は医療に係る費用の請求については、なお従前の例による。

附則（昭和五十一年八月二日厚生省令第三六号） 抄

（施行期日）

第一条 この省令は、昭和五十一年十一月一日から施行する。ただし、附則第四条から附則第十二

条までの規定、附則第十四条中児童福祉法施行規則（昭和二十三年厚生省令第十一号）第一号様

式及び第四号の様式の改正規定、附則第十五条中身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚

生省令第十五号）別表第八号の改正規定、附則第二十条中原子爆弾被爆者の医療等に関する法律

施行規則（昭和四十二年厚生省令第八号）様式第二号の改正規定、附則第二十二條中老人医療費

支給規則（昭和四十七年厚生省令第五十三号）様式第二号の改正規定、附則第二十三條中戦傷病

者特別援護法施行規則（昭和三十八年厚生省令第四十六号）様式第三号及び様式第十四号の改正

規定、附則第二十四条中母子保健法施行規則（昭和四十年厚生省令第五十五号）様式第一号の改

正規定並びに附則第二十五条の規定は、同年十月一日から施行する。

（医療券の経過措置）

第二十八条 昭和五十一年十月一日において現に交付されている育成医療券、療育券、更生医療

券、被爆者健康手帳、老人医療費受給者証、療養券及び養育医療券（以下「医療券」という。）

であつて、公費負担者番号及び公費負担医療の受給者番号が記載されているものは、この省令に

よる改正後の様式による医療券とみなす。

附則（昭和五十一年八月七日厚生省令第三七号）

この省令は、公布の日から施行する。

附則（昭和五十三年九月一三日厚生省令第六三号）

この省令は、公布の日から施行する。

附則（昭和五十八年一月三十一日厚生省令第三号） 抄

（施行期日）

1 この省令は、昭和五十八年三月一日から施行する。

附則（昭和五十九年三月三十一日厚生省令第一八号）

この省令は、昭和五十九年四月一日から施行する。

附則（昭和五十九年九月二二日厚生省令第四九号） 抄

（施行期日）

第一条 この省令は、昭和五十九年十月一日から施行する。

附則（昭和六十二年一月三十一日厚生省令第八号）

1 この省令は、昭和六十二年四月一日から施行する。

2 昭和六十二年六月三十日までの間に交付する母子健康手帳の様式については、この省令による改正後の母子保健法施行規則第七條の規定にかかわらず、なお従前の例によること

附則（昭和六十二年三月二三日厚生省令第一五号）

この省令は、昭和六十二年四月一日から施行する。

附則（平成元年三月二四日厚生省令第一〇号） 抄

1 この省令は、公布の日から施行する。

2 この省令の施行の際この省令による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

3 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙及び板については、当分の間、これを取り繕つて使用することができる。

4 この省令による改正後の省令の規定にかかわらず、この省令により改正された規定であつて改正後の様式により記載することが適当でないものについては、当分の間、なお従前の例による。

附則（平成三年一〇月三十一日厚生省令第五四号）

1 この省令は、平成四年四月一日から施行する。

2 平成四年六月三十日までの間に交付する母子健康手帳の様式については、この省令による改正後の母子保健法施行規則第七條の規定にかかわらず、なお従前の例によること

附則（平成六年七月一日厚生省令第四七号） 抄

1 この省令は、公布の日から施行する。

4 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

5 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕つて使用することができる。

附則（平成六年一〇月二四日厚生省令第六七号） 抄

（施行期日）

第一条 この省令は、公布の日から施行する。

（経過措置）

第二条 平成六年十月一日前に行われた療養の給付、老人医療及び公費負担医療、指定老人訪問看護並びに施設療養に関する費用の請求については、なお従前の例による。

附則（平成七年二月一三日厚生省令第三号）

1 この省令は、平成七年四月一日から施行する。

2 平成七年六月三十日までの間に交付する母子健康手帳の様式については、この省令による改正後の母子保健法施行規則第七條の規定にかかわらず、なお従前の例によること

附則（平成七年二月二七日厚生省令第五号）

この省令は、平成七年四月一日から施行する。

附則（平成八年一月二〇日厚生省令第六二号） 抄

1 この省令は、平成九年四月一日から施行する。

この省令は、平成九年四月一日から施行する。

- 6 この省令による施行前のそれぞれの省令の規定によりされた申請、届出その他の手続は、附則第二項から前項までの規定に定めるものを除き、この省令による改正後のそれぞれの省令の相当規定によりされた申請、届出その他の手続とみなす。
- 7 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。
- 8 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附則（平成九年三月二八日厚生省令第三二〇号）抄

（施行期日）

第一条 この省令は、平成九年四月一日から施行する。

附則（平成一〇年五月二八日厚生省令第五八号）

（施行期日）

1 この省令は、平成十年七月一日から施行する。

（経過措置）

- 2 平成十一年三月三十一日までの間に交付する母子健康手帳の様式については、この省令による改正後の様式第三号の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

附則（平成一二年六月一三日厚生省令第一〇二号）抄

（施行期日）

1 この省令は、平成十二年十月一日から施行する。

附則（平成二二年一〇月二〇日厚生省令第二二七号）抄

（施行期日）

- 1 この省令は、内閣法の一部を改正する法律（平成十一年法律第八十八号）の施行の日（平成十三年一月六日）から施行する。

附則（平成一四年一月一五日厚生労働省令第三号）

（施行期日）

1 この省令は、平成十四年四月一日から施行する。

（経過措置）

- 2 平成十四年六月三十日までの間に交付する母子健康手帳の様式については、この省令による改正後の様式第三号の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

附則（平成一四年二月二日厚生労働省令第一四号）

- 1 この省令は、保健婦助産婦看護婦法の一部を改正する法律の施行の日（平成十四年三月一日）から施行する。

- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附則（平成一五年一二月八日厚生労働省令第一七三号）

（施行期日）

1 この省令は、公布の日から施行する。

（経過措置）

- 2 平成十六年三月三十一日までの間に交付する母子健康手帳の様式については、この省令による改正後の様式第三号の規定にかかわらず、なお従前の例によることことができる。

附則（平成一六年七月九日厚生労働省令第一二二号）抄

（施行期日）

- 第一条 この省令は、薬事法及び採血及び供血あつせん業取締法の一部を改正する法律（以下「改正法」という。）の施行の日（平成十七年四月一日）から施行する。

附則（平成一七年二月三日厚生労働省令第一三三号）

（施行期日）

1 この省令は、平成十七年四月一日から施行する。

- （経過措置）
- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附則（平成一八年一月三〇日厚生労働省令第一〇号）

（施行期日）

1 この省令は、平成十八年四月一日から施行する。

（経過措置）

- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附則（平成一八年三月三一日厚生労働省令第七八号）抄

（施行期日）

第一条 この省令は、平成十八年四月一日から施行する。

附則（平成一八年四月一〇日厚生労働省令第一二一号）抄

（施行期日）

- 第一条 この省令中第一条の規定は公布の日から、第二条の規定は平成二十年四月一日から施行する。

附則（平成一八年九月二九日厚生労働省令第一六九号）

この省令は、平成十八年十月一日から施行する。

附則（平成二〇年三月二七日厚生労働省令第五三三号）

（施行期日）

1 この省令は、平成二十年四月一日から施行する。

（経過措置）

- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附則（平成二〇年三月三一日厚生労働省令第七七号）抄

（施行期日）

第一条 この省令は、平成二十年四月一日から施行する。

附則（平成二三年一二月二一日厚生労働省令第一五〇号）抄

（施行期日）

- 第一条 この省令は、平成二十四年四月一日から施行する。ただし、第五条から第七条まで及び第十四条の規定並びに附則第三条及び第四条の規定は、平成二十五年四月一日から施行する。

（母子保健法施行規則の一部改正に伴う経過措置）

- 第四条 第七条の規定の施行の際現にされている同条の規定による改正前の母子保健法施行規則第九条第一項の申請は、第七条の規定による改正後の母子保健法施行規則第九条第一項の申請とみなす。

- 2 第七条の規定の施行の際現にある同条の規定による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、同条の規定による改正後の様式によるものとみなす。

- 3 第七条の規定の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附則（平成二三年一二月二八日厚生労働省令第一五八号）

（施行期日）

第一条 この省令は、平成二十四年四月一日から施行する。

（経過措置）

- 第二条 この省令による改正前の母子保健法施行規則の様式は、当分の間、この省令による改正後の母子保健法施行規則の様式によるものとみなす。

附則（平成二四年一〇月二九日厚生労働省令第一五〇号）

（施行期日）

- 1 この省令は、平成二十四年十一月一日から施行する。
(経過措置)
- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。
- 附 則 (平成二十五年三月三〇日厚生労働省令第五一号)
(施行期日)
- 1 この省令は、平成二十五年四月一日から施行する。
(経過措置)
- 2 この省令の施行の際現にある改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。
- 附 則 (平成二十六年七月三〇日厚生労働省令第八七号)
(施行期日)
- 第一条 この省令は、薬事法等の一部を改正する法律(以下「改正法」という。)の施行の日(平成二十六年十一月二十五日)から施行する。
- 附 則 (平成二十六年九月二九日厚生労働省令第一二二号)
(施行期日)
- 1 この省令は、平成二十六年十月一日から施行する。
(経過措置)
- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。
- 附 則 (平成二十七年一月一日から施行する。
(施行期日)
- 附 則 (平成二十七年三月三一日厚生労働省令第五五号)
(施行期日)
- 1 この省令は、平成二十七年四月一日から施行する。
(経過措置)
- 附 則 (平成二十七年九月二九日厚生労働省令第一五〇号)
(施行期日)
- 第一条 この省令は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(以下「番号利用法」という。)の施行の日(平成二十七年十月五日)から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。
- 一 第六条、第八条から第十条まで、第十二条、第十三条、第十五条、第十七条、第十九条から第二十九条まで及び第三十一条から第三十八条までの規定 番号利用法附則第一条第四号に掲げる規定の施行の日(平成二十八年一月一日)
- 附 則 (平成二十八年九月三〇日厚生労働省令第一五五号)
(施行期日)
- 1 この省令は、平成二十八年十月一日から施行する。
(経過措置)
- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。
- 附 則 (平成二十九年三月三一日厚生労働省令第三八号)
(施行期日)
- 第一条 この省令は、平成二十九年四月一日から施行する。
(経過措置)
- 附 則 (令和元年五月七日厚生労働省令第一号)
(施行期日)
- 第一条 この省令は、公布の日から施行する。
(経過措置)
- 第二条 この省令による改正前のそれぞれの省令で定める様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後のそれぞれの省令で定める様式によるものとみなす。
- 2 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、これを取り繕って使用することができる。
- 附 則 (令和元年五月三一日厚生労働省令第七号)
(施行期日)
- この省令は、公布の日から施行する。
- 附 則 (令和元年六月二八日厚生労働省令第二〇号)
(施行期日)
- 第一条 この省令は、不正競争防止法等の一部を改正する法律の施行の日(令和元年七月一日)から施行する。
(経過措置)
- 第二条 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。
- 2 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。
- 附 則 (令和二年八月五日厚生労働省令第一四九号)
(施行期日)
- この省令は、母子保健法の一部を改正する法律(令和元年法律第六十九号)の施行の日(令和三年四月一日)から施行する。
- 附 則 (令和二年九月三〇日厚生労働省令第一六三号)
(施行期日)
- 1 この省令は、令和二年十月一日から施行する。
(経過措置)
- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。
- 附 則 (令和三年九月二二日厚生労働省令第一五八号)
(施行期日)
- 1 この省令は、公布の日から施行する。
(経過措置)
- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。
- 附 則 (令和四年二月二六日厚生労働省令第一七二号)
(施行期日)
- 1 この省令は、令和五年四月一日から施行する。
(経過措置)
- 2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。
- 附 則 (令和五年三月三一日厚生労働省令第四八号)
(施行期日)
- 第一条 この省令は、令和五年四月一日から施行する。
(経過措置)
- 附 則 (令和五年九月二九日内閣府令第七一号)
(施行期日)
- この府令は、公布の日から施行する。
- 附 則 (令和五年十一月一四日内閣府令第七二号)
(施行期日)
- 1 この府令は、令和六年四月一日から施行する。
(経過措置)
- 2 この府令の施行の際現にある第三号の規定による改正前の母子保健法施行規則様式第三号による様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、同条の規定による改正後の様式によるものとみなす。

4 この府令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則 (令和六年三月二十七日内閣府令第二十六号)

(施行期日)

1 この府令は、令和六年四月一日から施行する。
(経過措置)

2 この府令の施行の際現にあるこの府令による改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この府令による改正後の様式によるものとみなす。

3 この府令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

様式第一号(一)(第九条関係)

様式第一号(一)(第九条関係)

養育医療券(病院・診療所用)										
公費負担者番号										交付年月日
公費負担医療の受給者番号										令和 年 月 日
被保険者証等の記号及び番号	保険者等の名称									
受 療 者	氏 名									
	生年月日	平成 令和	年	月	日	男・女				
申 請 者	氏 名									
	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	受療者の 続柄				
	住 所					職 業				
指定養育医療機関 (病院・診療所)	名 称									
	所 在 地									
診療予定期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで						
この券の有効期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで						
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日										
									市町村長 氏	
名印										

(日本産業規格A列5番)

様式第一号(二)(第九条関係)

様式第一号(二)(第九条関係)

養育医療券(薬局用)										
公費負担者番号										交付年月日
公費負担医療の受給者番号										令和 年 月 日
被保険者証等の記号及び番号	保険者等の名称									
受 療 者	氏 名									
	生年月日	平成 令和	年	月	日	男・女				
申 請 者	氏 名									
	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	受療者の 続柄				
	住 所					職 業				
指定養育医療機関 (薬局)	名 称									
	所 在 地									
調剤予定期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで						
この券の有効期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで						
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日										
									市町村長 氏	
名印										

(日本産業規格A列5番)

様式第二号(第十一条関係)

備考 この標示の規格は、縦百二十五ミリメートル、横五十五ミリメートルとし、その材料は、金属又は硬質の木材を用いるものとする。

○ 養育医療指定病院(診療所・薬局)

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。>

子の 保 護 者	続柄	ふりがな 氏名	生年月日(年齢)	職業
	母 (妊婦)		年 月 日生(歳)	
	父		年 月 日生(歳)	
居住地			年 月 日生(歳)	
			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 婦	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 はい いいえ 感じていますか。					
○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)					
○同居者は同居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 よくない(病名))					
健康状態					
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(子ども家庭セン
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				
妊娠してからの変更点	通勤の時間	片道()分	混雑の程度	ひどい・普通	
	仕事を休んだ	(妊娠 週(第 月)のとき)			
	仕事を变えた	(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			
	父親	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心安心です。

<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

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
分娩施設へのアクセス方法	ふりがな氏名	電話
出産前後、家事や育児を手伝ってくれる人	自家用車・タクシー・徒歩・その他()	所要時間(時間 分)

※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

診 察 月 日	妊 娠 週数一日	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	/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			
/	-				/	-+	-+	-+			

※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。

妊娠

検査の記録

妊婦

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	

※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。

妊婦

<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

妊婦	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		

予 備 欄

妊娠中と産後の状態

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	妊婦
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		

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
特記事項	歯肉の 炎 症	なし あり(要指導) あり(要治療)
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
特記事項	歯肉の 炎 症	なし あり(要指導) あり(要治療)
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 の 状 態		
妊娠期間	妊娠 週 日	
出 産	分娩日時	年 月 日 午 前 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 ・出生証明書及び死亡診断書 (死胎検案書)	
出産の場所 名 称		
分娩取扱者 氏 名	医 師 助産師 その他	

<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		/	-+	-+		

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(こ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		

<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(こ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

早期新生児期【生後1週間以内】の経過

日 齢 [※]	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 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		

乳児

後期新生児期【生後1～4週】の経過

日 齢 [※]	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 [※]	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
先天性代謝異常等検査	年 月 日	
新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE) リファア(要再検査)の場合	年 月 日	右(バス・リファア) 左(バス・リファア)

※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せんか。 いいい 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。 いいい 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。 いいい はい 何ともいない
- 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。

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。

1番	1番	ア
2番	2番	イ
3番	3番	ウ
4番	4番	エ
5番	5番	オ
6番	6番	カ
7番	7番	キ

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
○大きな音にビックリ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。	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。	はい いいえ 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。

1 か月 児 健康 診 査
(年 月 日実施・ 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			
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【2か月頃】 (年 月 日記録)

乳児	<input type="checkbox"/> お乳をよく飲みますか。	はい	いいえ
	<input type="checkbox"/> 目を動かして物を追って見ますか。	はい	いいえ
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありませんか。	いいえ	はい
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか。	いいえ	はい
	<input type="checkbox"/> 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。		何ともいえない

※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。

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
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、
そちらの方を乳ようとしますか。 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、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			

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		

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、支えなくてもず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めますか。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。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。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せんか。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。

※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。

6 ～ 7 か 月 児 健 康 診 査
(年 月 日実施・ 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			

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。)

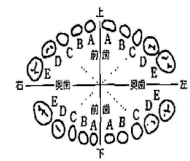
年 月 日	月 齢	体 重	身 長	特 記 事 項	施設名又は担当者名
		g	cm		

※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入します。)
 - 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せんか。 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: 月 年)



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。

9 ～ 10 か 月 児 健 康 診 査
(年 月 日実施・ 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()		
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		

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できましたか。 はい いいえ
(食事をなくさぬよう、また、むし歯予防のために、砂糖を含む飲食物を控えますよう。)
- 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せんか。 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。

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	なし・あり・疑 (眼位・その他) ()

健康・要観察

歯	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	要治療のむし歯: なし・あり(本)
の	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	歯の汚れ: きれい・少ない・多い
状	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	歯肉・粘膜: 異常なし・あり()
態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	かみ合わせ: よい・経過観察
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	歯の形態・色調: 異常なし・あり()
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	(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。)

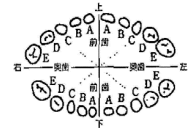
年 月 日	年 齢	体 重	身 長	特 記 事 項	施設名又は担当者名
		g	cm		

<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、プープ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みますか。 はい いいえ
- 哺乳ビンを使っていますか。 はい いいえ
(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。* はい いいえ
- 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せんか。 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せんか。 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せんか。 はい いいえ 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



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。

<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	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)
状	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
態											

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		

※むし歯の罹患型O₁:むし歯なし、歯もきれいなO₂: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

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せんか。 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せんか。 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。

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	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)
状態	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		

<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せんか。 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せんか。 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せんか。 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。

<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) 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：0 A B C ₁ C ₂ 要治療のむし歯：なし・あり() 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 0：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：下顎前歯がむし歯 C₂：上顎前歯やその他にむし歯

幼児

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ろす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。 (嫌いなもの例：) いいえ はい
- おしっこをひとりですみますか。 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せんか。 いいえ はい 何ともいいない
- 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。

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	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	要治療のむし歯：なし・あり(本)
の	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	歯の汚れ：きれい・少ない・多い
状	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	歯肉・粘膜：異常なし・あり()
態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	かみ合わせ：よい・経過観察
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	歯の形態・色調：異常なし・あり()
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	(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【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うか。 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せんか。 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せんか。 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せんか。 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。

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) 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・口腔の疾病異常：() 歯の形態・色調：異常なし・あり() (年 月 日診査)	幼児
	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		

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 | <input type="checkbox"/> 四角の形をまねて、描けますか。 | はい | いいえ |
| | <input type="checkbox"/> 自分の「前後」「左右」がおおよそわかりますか。 | はい | いいえ |
| | <input type="checkbox"/> ひらがなの自分の名前を認んだり、書いたりできますか。 | はい | いいえ |
| | <input type="checkbox"/> おもちゃやお菓子などをほしくても我慢できるようにになりましたか。 | はい | いいえ |
| | <input type="checkbox"/> 約束やルールを守って遊べますか。 | はい | いいえ |
| | <input type="checkbox"/> 第一六 ¹ 百 ² 菌(乳歯列の奥に生える永久歯)は生えましたか。 | はい | いいえ |
| | <input type="checkbox"/> 歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 | はい | いいえ |
| | <input type="checkbox"/> 朝食を毎日食べますか。 | はい | いいえ |
| | <input type="checkbox"/> 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 |
| | <input type="checkbox"/> 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 |
| | <input type="checkbox"/> 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 |
| | <input type="checkbox"/> 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 |
| | <input type="checkbox"/> 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか。 | いいえ | はい 何ともいえない |
| | <input type="checkbox"/> 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。

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	麻疹	風しん	水痘	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・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・口腔の疾病異常：() 歯の形態・色調：異常なし・あり() (年 月 日診査)	幼 児
	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		

特記事項

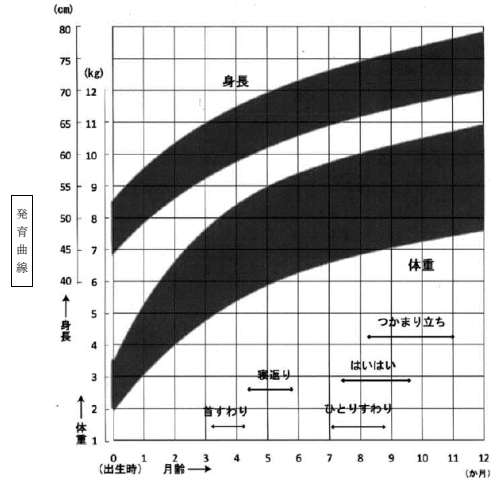
施設名又は担当者名

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)

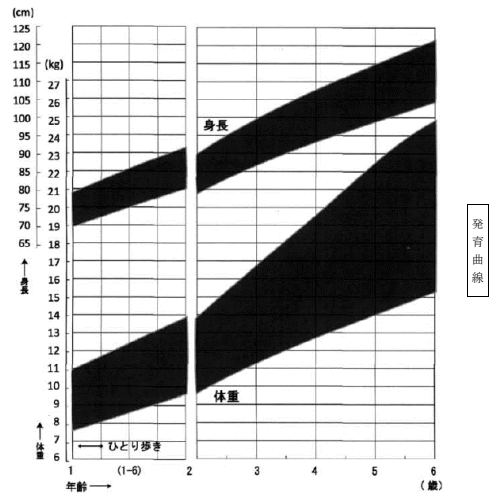


首すわり、寝返り、ひとりずわり、はいはい、つかまり立ち及びひとり歩きの矢印は、約半数の子どもができるようになる月・年齢から、約9割の子どもができるようになる月・年齢までの目安を表したものです。お子さんができるようになったときを矢印で記入しましょう。

(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。>

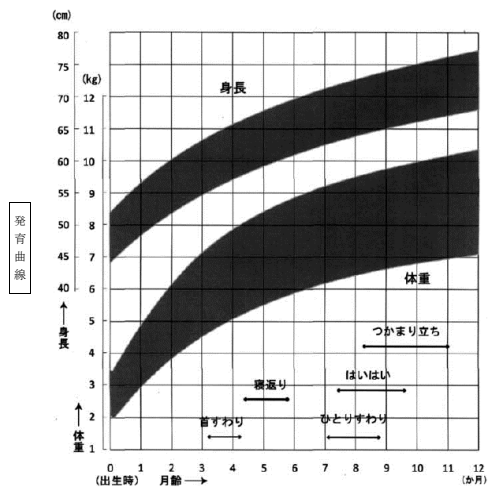
男の子 幼児身体発育曲線(平成22年調査)



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。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。>

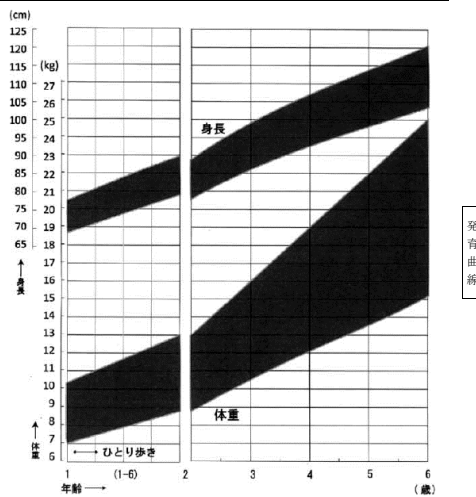
女の子 乳児身体発育曲線(平成22年調査)



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。>

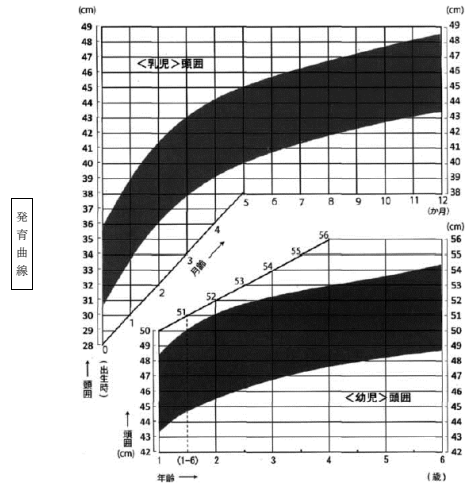
女の子 幼児身体発育曲線(平成22年調査)



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値が入ります。乳幼児の発育は個人差が大きいです。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。>

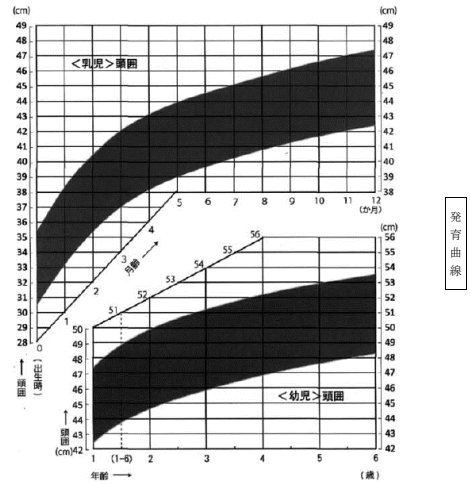
男の子 乳幼児身体発育曲線(平成22年調査)



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。>

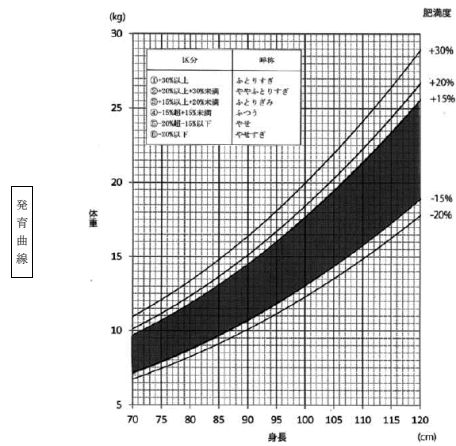
女の子 乳幼児身体発育曲線(平成22年調査)



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、頭囲は左右の眉の直上を通るようにして測ったものです。

<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。>

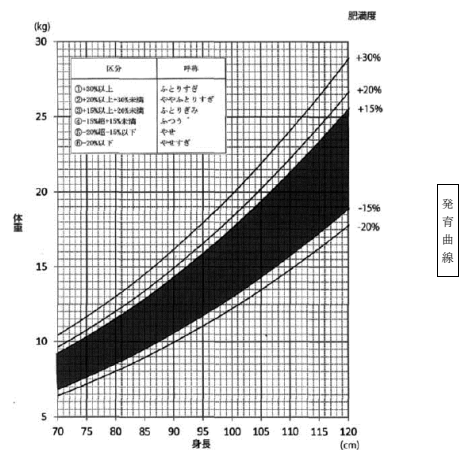
男の子 幼児の身長体重曲線(平成22年調査)



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
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・インフルエンザ菌b型(Hib) Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio・Haemophilus influenzae type b					
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	

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
麻疹 Measles	第1期			
	第2期			
風しん Rubella	第1期			
	第2期			
水痘 Varicella	1回			
	2回			

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				

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	
	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。