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（昭和四十年法律第百四十一号）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（昭和四十年法律第百四十一号。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と認められる者（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関する計画（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者の状態を定期的に確認し、当該状態を踏まえ、当該者に係るサポートプラン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百六十四号）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　精神発達の状況
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

2　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　精神発達の状況
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

（妊娠の届出）

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。

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ってこど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による。

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、接種に当たっ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っての留意事項

（法第十七条の二第一項第一号の内閣府令で定める施設）

第七条の二　法第十七条の二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って、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。

（法第十七条の二第一項第二号の内閣府令で定める施設）

第七条の三　法第十七条の二第一項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ども家庭センター
三　地域保健法（昭和二十二年法律第百一号）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って、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
(4)　その他事業の実施に必要な設備
ロ　法第十七条の二第一項第二号の事業　出産後一年を経過しない女子及び乳児を通わせ、個別的又は集団的に産後ケアを適切に行うために必要な設備
五　産後ケア事業のうち、法第十七条の二第一項第一号の事業については、前各号に掲げる要件のほか、次に掲げる要件を満たすこと。
イ　適当な換気、採光、照明、防湿及び排水の設備を有すること
ロ　同時におおむね二十人以上の妊産婦を短期間入所させてはならないこと。ただし、他に短期間入所させるべき適当な施設がない場合において、臨時応急のため短期間入所させるときは、この限りでない。

（健康診査に関する情報の提供の求め）

第八条　法第十九条の二第一項の規定により提供を求めることができる情報は、乳児又は幼児に対する法第十二条第一項又は第十三条第一項の健康診査（以下「健康診査」という。）に関する情報のうち、次に掲げるものとする。

一　健康診査（精密健康診査（既に行われた健康診査の結果に基づき、より精密なものとして行われる健康診査をいう。第三号及び第四号において同じ。）を除く。次号において同じ。）の受診の有無
二　健康診査を受診している場合にあっては、次に掲げる情報
イ　受診の年月日
ロ　受診した市町村名
ハ　当該受診の年月日における乳児又は幼児の月齢
ニ　当該健康診査の結果であって、次に掲げるもの
(1)　身体発育状況
(2)　当該健康診査の所見
三　精密健康診査が必要である旨の通知の有無
四　前号の通知があった場合にあっては、次に掲げる情報
イ　当該通知の年月日
ロ　精密健康診査の受診の有無
ハ　精密健康診査を受診している場合にあっては、受診の年月日
ニ　当該精密健康診査の所見

（情報通信の技術を利用する方法）

第八条の二　法第十九条の二第二項の内閣府令で定める方法は、次に掲げる方法とする。

一　電子情報処理組織を使用する方法のうちイ又はロに掲げるもの
イ　送信者の使用に係る電子計算機と受信者の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法
ロ　送信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された情報の内容を電気通信回線を通じて情報の提供を受ける者の閲覧に供し、当該情報の提供を受ける者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該情報を記録する方法
二　磁気ディスクその他これに準ずる方法により一定の情報を確実に記録しておくことができる物をもつて調製するファイルに情報を記録したものを交付する方法
2　前項各号に掲げる方法は、受信者がファイルへの記録を出力することにより書面を作成することができるものでなければならない。

（養育医療）

第九条　法第二十条第一項の規定による養育医療の給付を受けようとするときは、当該未熟児の保護者は、当該未熟児の氏名、住所、生年月日、性別、個人番号その他必要な事項を記載した申請書を当該未熟児の居住地の市町村長に提出して、申請しなければならない。
2　市町村長は、前項の申請に基づいて養育医療の給付を行うときは、様式第一号による養育医療券を申請者に交付するものとする。
3　前項の養育医療券の交付を受けた者は、その監護する未熟児につき養育医療を受けさせるに当たつては、養育医療券を指定養育医療機関に提出しなければならない。

（指定の申請）

第十条　法第二十条第五項の規定による都道府県知事（地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百五十二条の十九第一項の指定都市（以下「指定都市」という。）又は同法第二百五十二条の二十二第一項の中核市（以下「中核市」という。）にあつては、市長とする。以下同じ。）の指定を受けようとする病院又は診療所の開設者は、次の各号に掲げる事項を記載した申請書を、その所在地の都道府県知事に提出しなければならない。
一　病院又は診療所の名称及び所在地
二　開設者の住所及び氏名又は名称
三　標ぼうしている診療科名
四　養育医療を主として担当する医師の氏名及び略歴
五　養育医療を行なうために必要な施設及び設備の概要並びに救急用自動車その他未熟児を輸送するに足る自動車の有無
六　養育医療のための収容定員
七　医師、助産師及び看護師の数並びに患者の収容定員
2　法第二十条第五項の規定による都道府県知事の指定を受けようとする薬局の開設者は、次の各号に掲げる事項を記載した申請書をその所在地の都道府県知事に提出しなければならない。
一　薬局の名称及び所在地
二　開設者の住所及び氏名又は名称
三　調剤のために必要な設備及び施設の概要

（標示）

第十一条　指定養育医療機関は、その病院若しくは診療所又は薬局の見やすい箇所に、様式第二号による標示をしなければならない。

（届出）

第十二条　指定養育医療機関の開設者は、当該指定養育医療機関が次の各号のいずれかに該当するに至つたときは、その事項及びその年月日を、すみやかに、その所在地の都道府県知事に届け出なければならない。
一　病院又は診療所にあつては第十条第一項各号（第七号を除く。）に掲げる事項に、薬局にあつては同条第二項各号に掲げる事項に変更があつたとき。
二　当該指定養育医療機関の業務を休止し、又は再開したとき。
三　医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第二十四条、第二十八条若しくは第二十九条又は医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第七十二条第四項、第七十五条第一項若しくは第七十五条の二第一項に規定する処分を受けたとき。

（指定辞退の申出）

第十三条　指定養育医療機関の開設者は、法第二十条第七項において準用する児童福祉法第二十条第七項の規定により指定を辞退しようとするときは、その旨を、その指定を受けた都道府県知事に申し出なければならない。

（診療報酬の請求及び支払）

第十四条　都道府県知事が法第二十条第七項において準用する児童福祉法第十九条の二十第一項の規定により医療費の審査を行うこととしている場合においては、指定養育医療機関は、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）の定めるところにより、当該指定養育医療機関が行つた医療に係る診療報酬を請求するものとする。
2　前項の場合において、市町村は、当該指定養育医療機関に対し、都道府県知事が当該指定養育医療機関の所在する都道府県の社会保険診療報酬支払基金事務所に設けられた審査委員会、社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第百二十九号）に定める特別審査委員会、国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）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（昭和四一年一二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（昭和四二年一一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（昭和四五年一月三一日厚生省令第四号）　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（昭和四九年一月三一日厚生省令第二号）　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（昭和四九年八月三一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（昭和四九年一〇月一二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（昭和五一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二様式の改正規定、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（昭和三十二年厚生省令第八号）様式第二号の改正規定、附則第二十二条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、附則第二十三条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（昭和五八年一月三一日厚生省令第三号）　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（昭和五九年三月三一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（昭和六二年一月三一日厚生省令第八号）

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条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（昭和六二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、これを取り繕っ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っ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条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、これを取り繕って使用することができる。

附　則（平成六年一〇月一四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条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。

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三一号）　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一〇一号）　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（平成一二年一〇月二〇日厚生省令第一二七号）　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ができる。

附　則（平成一六年七月九日厚生労働省令第一一二号）　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（平成一八年七月一八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一一一号）　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

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（平成二六年七月三〇日厚生労働省令第八七号）　抄

（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（平成二六年九月二九日厚生労働省令第一一二号）

（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（平成二六年一一月一三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、平成二十七年一月一日から施行する。

附　則（平成二七年三月三一日厚生労働省令第五五号）　抄

（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。

附　則（平成二七年九月二九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、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（平成二九年三月三一日厚生労働省令第三八号）　抄

（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。

附　則（令和元年五月七日厚生労働省令第一号）　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　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）

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）　抄

（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。

（様式に関する経過措置）

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）

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（令和四年一二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）　抄

（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。

附　則（令和五年九月二九日内閣府令第七一号）　抄

（施行期日）

1　この府令は、公布の日から施行する。

附　則（令和五年一一月一四日内閣府令第七二号）　抄

（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）

3　この府令の施行の際現にある第三条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（令和六年三月二七日内閣府令第二六号）

（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	受療者との続柄
	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　　㊞

（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	受療者との続柄
	住所		職業
指定養育医療機関	薬局	名称 所在地	
	病院・診療所	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　　㊞

（日本産業規格A列5番）

様式第二号（第十一条関係）

様式第二号(第十一条関係)

○養育医療指定病院（診療所・薬局）

備考　この様式は、縦四センチメートル、横七センチメートルとし、その材料は、金属又は樹脂の丈夫なものとすること。

様式第三号（第七条関係）

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）	
			年　月　日生（　歳）	
	所住地	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（うつの病気）　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。

ホ・ハートチェック健康状態	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・育児の不安があるかは、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。

＜このページは妊婦自身で記入してください。＞
妊婦の職業と職種

妊婦

妊娠に気づいたときの状況	職業		
	仕事の内容と職種職場		
	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（産　月）のとき） 仕事を変えた　（妊娠　週（産　月）のとき） 仕事をやめた　（妊娠　週（産　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・夫の母・夫の父・実母　父・実母 その他（　　人）	

※立ち作業など負担の大きい作業が多い、通勤度が厳しい、たばこの煙がひどい、騒音が多い、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)

妊婦

ご自身の健康や妊婦健康診査の際に考えたいこと、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3-5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6-9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、妊婦健康診査で区役所から指導（予防的措置）を少ります。）があった際に、「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

<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。

※妊娠中は直ちに相談
次のような症状は、病院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。

なくみ・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、つわりで食欲がひどいとき、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6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

<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。 ※出産後や産後の生活について、不安なあや不明な点はかかりつけの医師や助産師、市町村や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（受診・休暇などの指示や切迫早産等の医科指導や合併症など）	胎児名又は担当者名
／	—	cm		kg	／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			
／	—				／	—＋＋	—＋＋	—＋＋			

※妊婦健康診査を受けるときはもちろん、外出時に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。

父親や同居の方の記録

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。

妊娠

<ここのページは妊婦自身で記入してください。>

同 期 学 級 な ど の 受 講 記 録

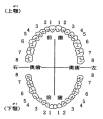
妊娠

受 講 年 月 日	講　　日	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

妊娠中と産後の歯の状態

妊娠



歯の状態記号：健全歯／　むし歯(未処置歯)C
処置歯○　喪失歯△

初診診査	年　月　日
妊　娠	週
習慣喫煙	なし
むし歯	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	
施設及び医師名	

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	施設及び医師名

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	施設及び医師名

妊娠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

出産	妊娠期間	妊娠　　週　　日	
	分娩出産日時	年　月　日　午前/午後　時　分	
	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			
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

産後日数	子宮収縮	会陰創	乳房の状態	悪露	血圧	体温	脈拍	尿量	排便	EPDS等の実施など
	良・否	正・否				一＋＃	一＋＃		kg	
	良・否	正・否				一＋＃	一＋＃			
	良・否	正・否				一＋＃	一＋＃			
	良・否	正・否				一＋＃	一＋＃			
	良・否	正・否				一＋＃	一＋＃			

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。

入院	産後　日（月　日）	定期健診	産後　日（月　日）		
定期以外の巡回訪問	産後　日（月　日）	月経再開	年　月　日		
家族計画指導	なし・あり（医師・保健師・地域保健員・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

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（　その効果　）

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：

医療機関名又は担当者名		電話	

後期新生児期【生後1～4週】の経過

日齢*	体重(g)	哺乳力	栄養法	医療機関名又は担当者名
		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

医療機関名又は担当者名

特記事項：

*出生された当日を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。

別紙

予　備　欄

保護者の記録【2週間】　（　　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、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、小児外科医等の診断を受けてください。

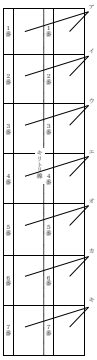
検査の記入欄(観察日と右欄に当てはまる色番号)

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週を過ぎても乳糖や白ねじろ色が黄色い場合、おしっこが濃い黄色が場合にも、すぐに医師等に相談しましょう。



保護者の記録【3か月頃】　（　　年　　月　　日記録）

年　　月　　日で3か月になりました。

○頭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
○よーやはほがいていますか。　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。

別紙

※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・　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	

別紙

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体重・身長を記入しましょう。）

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）

問診

○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
○揺らせなどをさせ、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、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

問診

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）

問診

○音がするものはいつですか。
（「音がする」とは、支えなしで音がくらつかない状態をいいます。）
（　月　日頃）
○あやすとよく笑いますか。　はい　いいえ
○目つきや目の動きがおかしいのではないかと
気になりますか。　いいえ　はい
○見えない方向から声をかけてみると、
そちらの方を見ようとしますか。　はい　いいえ
○外気浴をしていますか。　はい　いいえ
（天気のよい日に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。

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

問診

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、支えなくても手あれることをいいます。）
○ふ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10日目したら5日2回食にし、食品の種類をふやしていきましょう。7、8か月頃から赤でっぷが生る頃さにします。）
○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
○おけ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保護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。

*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・　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・栄養相談	
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	曜	体 重	身 長	物 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【8～10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頃さにします。）
○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
○おけ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保護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

歯の生え方 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。
生えてきた歯を選ばれた 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・　か月　日）

体 重　　g	身 長　　．　　cm
頭 囲　　．　　cm	
栄養状態：　良 ・ 要指導	離乳食21日　　回
歯（　）本	口の中の疾患や異常 ： な し・あ り（　　）
健康・栄養相談	
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	曜	体 重	身 長	物 記 事 項	施設名又は担当者名
				g	．cm		

*歯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。

問診

○つたい歩きをしたのはいつですか。　（　　月　　日頃）
○バイバイ、コンニチハなどのゆ動ヨを
　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はいで、
　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日目の食事のリズムがつきましたか。　はい　いいえ
　（夜泣きなくされよう。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
○おじさんの機嫌で困っていることはありますか。　いいえ　はい
○保護者ご自身の機嫌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保護を感じること
　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。

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・栄養保

歯の状態													
	E	D	C	B	A	A	A	B	C	D	E		
	E	D	C	B	A	A	A	B	C	D	E		

問診

歯科のむし歯：なし・あり（　　歯）
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）

問診

○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
○自分でマ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
　か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
○おじさんの機嫌で困っていることはありますか。　いいえ　はい
○保護者ご自身の機嫌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保護を感じること
　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。

※外で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。

＜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（聴覚・その他）	なし・あり・疑（　）
予防接種（受けているものに○を付ける。）	BCG　小児肺炎球菌　ヒブ感染症　ポリオ　DPT　麻しん　風しん　水痘		

健康・栄養保

要精査（精密検査受診日：　年　月　日）

問診

歯の状態													
	E	D	C	B	A	A	A	B	C	D	E		
	E	D	C	B	A	A	A	B	C	D	E		

歯科のむし歯型：O, O, A B C
歯のむし歯：なし・あり（　　歯）
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		

※むし歯の種類型O：むし歯なし、歯もきれいO、むし歯なし、歯の汚れ多い
A：乳歯または前歯にむし歯＊、乳歯と上顎前歯にむし歯C：下顎前歯にもむし歯

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3歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

問診

○あ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
○テレビやお人形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
○肉や鶏肉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
○おばあ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保護を感じること
　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
胸 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（聴覚・その他）	なし・あり・疑（　　）

健康・栄養相

歯の状態																
	E	D	C	B	A	A	A	B	C	D	E					
	E	D	C	B	A	A	A	B	C	D	E					

むし歯の場合型：0、0、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）

問診

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。

問診

○手を被ぶせずにひとりで階段をのぼれますか。　はい　いいえ
○クレヨンなどで大(円)を描けますか。　はい　いいえ
○衣類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、顔面に近づけて
　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
○かみ合わせや音楽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
○まねごと、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
○おばあ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保護を感じること
　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。

＜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　水・直(実施(異常なし　異常あり　判定不可)実施不可)

耳の異常(聴覚・その他)：なし・あり・疑(　　)

予防接種（受けているものに○を付ける。）	麻疹 小児肺炎球菌 ヒブ(Hib) 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・栄養相

問診

要精査（特定検査受診日：　年　月　日）

歯の状態																
	E	D	C	B	A	A	A	B	C	D	E					
	E	D	C	B	A	A	A	B	C	D	E					

むし歯の場合型：0、A、B、C、G
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		

※むし歯の場合型　0：なし歯なし　A：発歯またはは初歯にむし歯
B：発歯と前歯にむし歯　C：下顎前歯ぴ(ぴ)むし歯　G：下顎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。

問診

○階段の上、3段目の高さからとびおりることを、こわがらずにできますか。　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
○お箸の使い方ができますか。　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、口のすすぎ、ふく、ふくうがい、手洗いをしますか。　はい　いいえ
○靴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：　　）
○おしゃべり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保護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。

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(視位・視力：右(　　)・左(　　)・その他)：なし・あり・疑(　　)

耳の異常（聴覚・その他）：　なし・あり・疑(　　)

健康・栄養相談

問診

歯の状態																					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）
	右	右	右	右	右	右	右	右	左	左	左	左	左	左	左	左	左	左	左	左	
	上	上	上	上	上	上	上	上	上	上	上	上	上	上	上	上	上	上	上	上	

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。

問診

○片足で秒以上、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
○靴の仕上げみがきをしてあげていますか。　はい　いいえ
○いっぱい話しかけをしていますか。　いいえ　はい
○お話を聞いてあげたり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保護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。

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(視位・視力：右(　　)・左(　　)・その他)：なし・あり・疑(　　)

耳の異常（聴覚・その他）：なし・あり・疑(　　)

健康・栄養相談

問診

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

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。

発育	○両角の形をまねて、描けますか。	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
	○朝夜を毎日食べさせた。	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
	○おか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保護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。

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（聴覚・その他）：なし・あり・疑(　)	
予防接種（受けているもの）に○を付ける。	BCG　小児肺炎球菌　3種混合　ロタウイルス　ジフテリア　百日せき　破傷風　ポリオ　MR　麻しん　風しん　水痘　日本脳炎

健康・栄養指導

視力	右	A	B	C	D	E	左	A	B	C	D	E	歯科検査のむし歯：なし・あり	特記事項
	左	A	B	C	D	E		A	B	C	D	E	歯の汚れ：きれい・少ない・多い	
聴力	右	A	B	C	D	E	左	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・口腔の疾病異常：（　）	
	右	A	B	C	D	E	左	A	B	C	D	E	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	

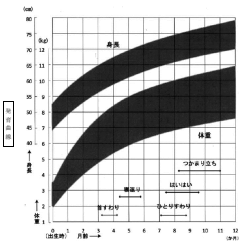
次の健康診査までの記録

（自宅などで測定した身長・体重を記入しましょう。）

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）

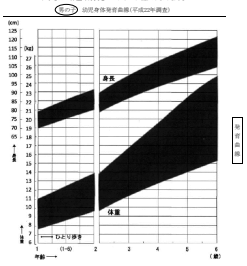


首すわり、寝返り、ひとりすわり、はいはい、つかまり立ち及びひとり歩きの矢印は、約半数の子どもができるようになる月・年齢から、約90%の子どもができるようになる月・年齢までの目安を表したものです。お子さんができるようになったときを矢印で記入しましょう。

（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。>

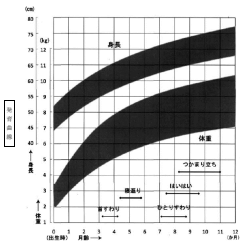
男子　幼児身体発育曲線（平成22年調査）



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。>

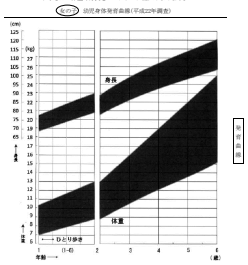
男の子 乳児身体発育曲線（平成22年調査）



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8割のこ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。>

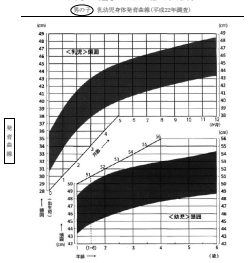
男の子 幼児身体発育曲線（平成22年調査）



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。>

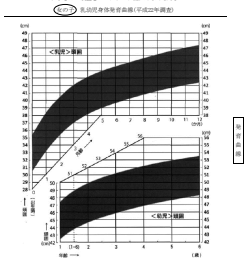
男の子 乳幼児身体発育曲線（平成22年調査）



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。>

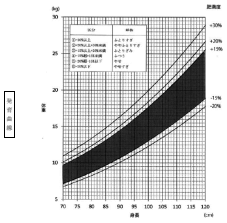
女の子 乳幼児身体発育曲線（平成22年調査）



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)

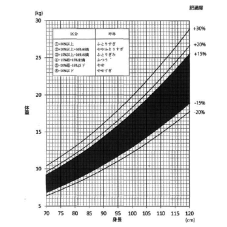


身長曲線

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 やせの一定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)



身長曲線

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 やせの一定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。

予防接種

ワクチンの種類 Vaccine		接種年月日 年/月/日(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 母体抗体と胃毒性 ロタウイルス ワクチンのみ 36日を接種	1回				
	2回				
	3回				

予防接種の記録 (2)
Immunization Record

ジフテリア・百日咳・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 年/月/日(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 年/月/日(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 年/月/日(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 の 記 録 (3)
Immunization Record

日本脳炎 Japanese Encephalitis					
時期		接種年月日 年/月/日 (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					

子宮頸癌	ワクチンの種類 Vaccine		接種年月日 年/月/日 (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、エの部分の色彩は明い黄色、オの部分の色彩は黄土色、カの部分の色彩は金茶色、キの部分の色彩は明いオリーブ色とする。