

こ成母第 373 号
令和 5 年 12 月 27 日

別紙 関係団体 御中

こども家庭庁成育局母子保健課長
(公 印 省 略)

母子健康手帳の任意記載事項様式について (周知依頼)

母子保健事業の推進については、かねてより特段の御配慮をいただいている
ところであり、深く感謝申し上げます。

今般、母子健康手帳の任意記載事項様式について、別添のとおり、各都道府
県母子保健主管部 (局) 等宛に通知いたしました。

貴職におかれましても、今回の母子健康手帳の任意記載事項様式について、
貴会会員にご周知いただくとともに、今後の母子保健事業の円滑な実施にご協
力いただきますようお願いいたします。

(別紙)

| | |
|--------|-----------|
| 公益社団法人 | 日本医師会 |
| 公益社団法人 | 日本産婦人科医会 |
| 公益社団法人 | 日本産科婦人科学会 |
| 公益社団法人 | 日本小児保健協会会 |
| 公益社団法人 | 日本小児科学会 |
| 公益社団法人 | 日本小児科医会 |
| 公益社団法人 | 日本歯科医師会 |
| 公益社団法人 | 日本看護協会 |
| 公益社団法人 | 日本助産師会 |
| 公益社団法人 | 日本栄養士会 |
| 公益社団法人 | 日本薬剤師会 |

こ成母第 373 号
令和 5 年 12 月 27 日

各

| | | | |
|---|---|---|---|
| 都 | 道 | 府 | 県 |
| 市 | 町 | 村 | |
| 特 | 別 | 区 | |

 母子保健主管部（局）長 殿

こども家庭庁成育局母子保健課長
(公 印 省 略)

母子健康手帳の任意記載事項様式について

母子保健事業の推進については、かねてより特段の御配慮を賜り、深く感謝申し上げます。

母子保健法施行規則（令和 5 年内閣府令第 71 号）様式第 3 号に規定する母子健康手帳の様式（以下「府令様式」という。）について、別紙 1 のとおり見直しを行う、児童福祉法等の一部を改正する法律の施行に伴うこども家庭庁関係内閣府令の整備等に関する内閣府令（令和 5 年内閣府令第 72 号）が本年 11 月 14 日に公布され、令和 6 年 4 月 1 日から施行することとされました。

他方、府令様式以外の任意記載事項様式（55 頁から 73 項）を別紙 2 のとおり取りまとめましたので、母子健康手帳の作成にあたり、適宜参考としていただきますようお願いいたします。

なお、令和 5 年 4 月 1 日より、電子的に提供することとされた情報については、以下のウェブサイトに掲載しております。

母子健康手帳情報支援サイト（随時、情報更新を行っています。）

[母子健康手帳情報支援サイト \(cfa.go.jp\)](https://cfa.go.jp)



については、各市町村及び特別区におかれては、ウェブサイトの URL や QR コードを母子健康手帳に積極的に記載いただくことや、QR コードを記載したリーフレットを配布するなどご対応いただき、妊婦や保護者が必要な支援に適切につながるよう、各地方公共団体等における取組等を追記し、作成をお願い申し上げます。また、各都道府県におかれては、本通知の内容について御了知の上、貴管内の市区町村に対し、必要に応じて、適切に指導・助言等を行っていただきますようお願いいたします。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項に規定する技術的な助言として発出するものであることを申し添えます。

（担当）

こども家庭庁成育局 母子保健課 母子保健係

Tel:03-6862-0413

E-mail:boshihoken.kakari@cfa.go.jp

(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 | | |
| | 宿泊・デイサービス・訪問 | | |
| | 宿泊・デイサービス・訪問 | | |
| | 宿泊・デイサービス・訪問 | | |
| | 宿泊・デイサービス・訪問 | | |
| | 宿泊・デイサービス・訪問 | | |
| | 宿泊・デイサービス・訪問 | | |
| | 宿泊・デイサービス・訪問 | | |

<地域の子育てに関する相談機関（子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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 [※] | 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K₂シロップ投与 実施日 / /

出生時またはその後の異常：なし
あり (その処置)

退院時の記録 (年 月 日 生後 日)

| 体 重 g | 栄 養 法 | 母 乳 ・ 混 合 ・ 人 工 乳 |
|-------|-------|-------------------|
| | | |

引き続き観察を要する事項：

| 施設名又は 担当者名 | 電 話 |
|---------------|-----|
| | |

後期新生児期【生後1～4週】の経過

| 日 齢 [※] | 体 重 (g) | 哺 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。

乳児

(旧)

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K₂シロップ投与 実施日 / /

出生時またはその後の異常：なし
あり (その処置)

退院時の記録 (年 月 日 生後 日)

| 体 重 g | 栄 養 法 | 母 乳 ・ 混 合 ・ 人 工 乳 |
|-------|-------|-------------------|
| | | |

引き続き観察を要する事項：

| 施設名又は 担当者名 | 電 話 |
|---------------|-----|
| | |

後期新生児期【生後1～4週】の経過

| 日 齢 [※] | 体 重 (g) | 哺 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。

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 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 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 |
| ○大きな音にビッ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 |
| ○おへそはかかっていますか。 | 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 |
| ○大きな音にビッ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 |
| ○おへそはかかっていますか。 | 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)
- ひとりすわりをしたのはいつですか。 (月 日頃)
 (「ひとりすわり」とは、支えなくてもすわれることをいいます。)
- からだのそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか。 はい いいえ
- 家族といっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか。 はい いいえ
- 保護者の声やおもちゃの音がすると、すぐそちらを見ますか。 はい いいえ
- 離乳食を始めましたか。 はい いいえ
 (離乳食を始めて1か月位したら1日2回食にし、食品の種類をふやしていきます。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)
- ひとりすわりをしたのはいつですか。 (月 日頃)
 (「ひとりすわり」とは、支えなくてもすわれることをいいます。)
- からだのそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか。 はい いいえ
- 家族といっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか。 はい いいえ
- 保護者の声やおもちゃの音がすると、すぐそちらを見ますか。 はい いいえ
- 離乳食を始めましたか。 はい いいえ
 (離乳食を始めて1か月位したら1日2回食にし、食品の種類をふやしていきます。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

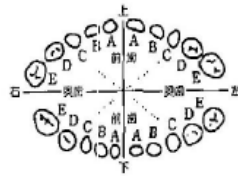
(新)

<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、ブーブーなど意味のあることばをいくつか話しますか。 | はい いいえ |
| ○自分でコップを持って水を飲みますか。 | 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 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。

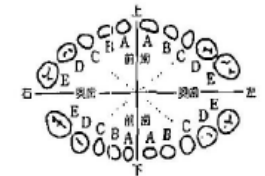
(旧)

<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、ブーブーなど意味のあることばをいくつか話しますか。 | はい いいえ |
| ○自分でコップを持って水を飲みますか。 | 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 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 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) |
| | 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O₁:むし歯なし、歯もきれい 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:下顎前歯にもむし歯

(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 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) |
| | 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O₁:むし歯なし、歯もきれい 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:下顎前歯にもむし歯

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○) 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
を付ける。)

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 ₁ C ₂ 要治療のむし歯：なし・あり（ 本） 歯の汚れ：きれい・少ない・多い 歯肉・粘膜：異常なし・あり（ ） かみ合わせ：よい・経過観察 歯の形態・色調：異常なし・あり（ ） (年 月 日診査) |
| | 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 C₁：下~~廻~~前歯がむし歯 C₂：下~~廻~~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○) 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
を付ける。)

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 ₁ C ₂ 要治療のむし歯：なし・あり（ 本） 歯の汚れ：きれい・少ない・多い 歯肉・粘膜：異常なし・あり（ ） かみ合わせ：よい・経過観察 歯の形態・色調：異常なし・あり（ ） (年 月 日診査) |
| | 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~~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 C₁：下~~廻~~前歯がむし歯 C₂：下~~廻~~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

予防接種の記録（４）

| 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 |
|----------------------|------------------------|--|-------------------|---------------|
| おたふくかぜ Mumps | | | | |
| | | | | |
| インフルエンザ Influenza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

< 歯の健康診査や指導を受けるときは、持参して記入してもらいましょう。 >

歯の健康診査、保健指導、予防処置

歯の状態記号:健全歯 / むし歯 (未処置歯) C 処置歯 ○ 喪失歯 △

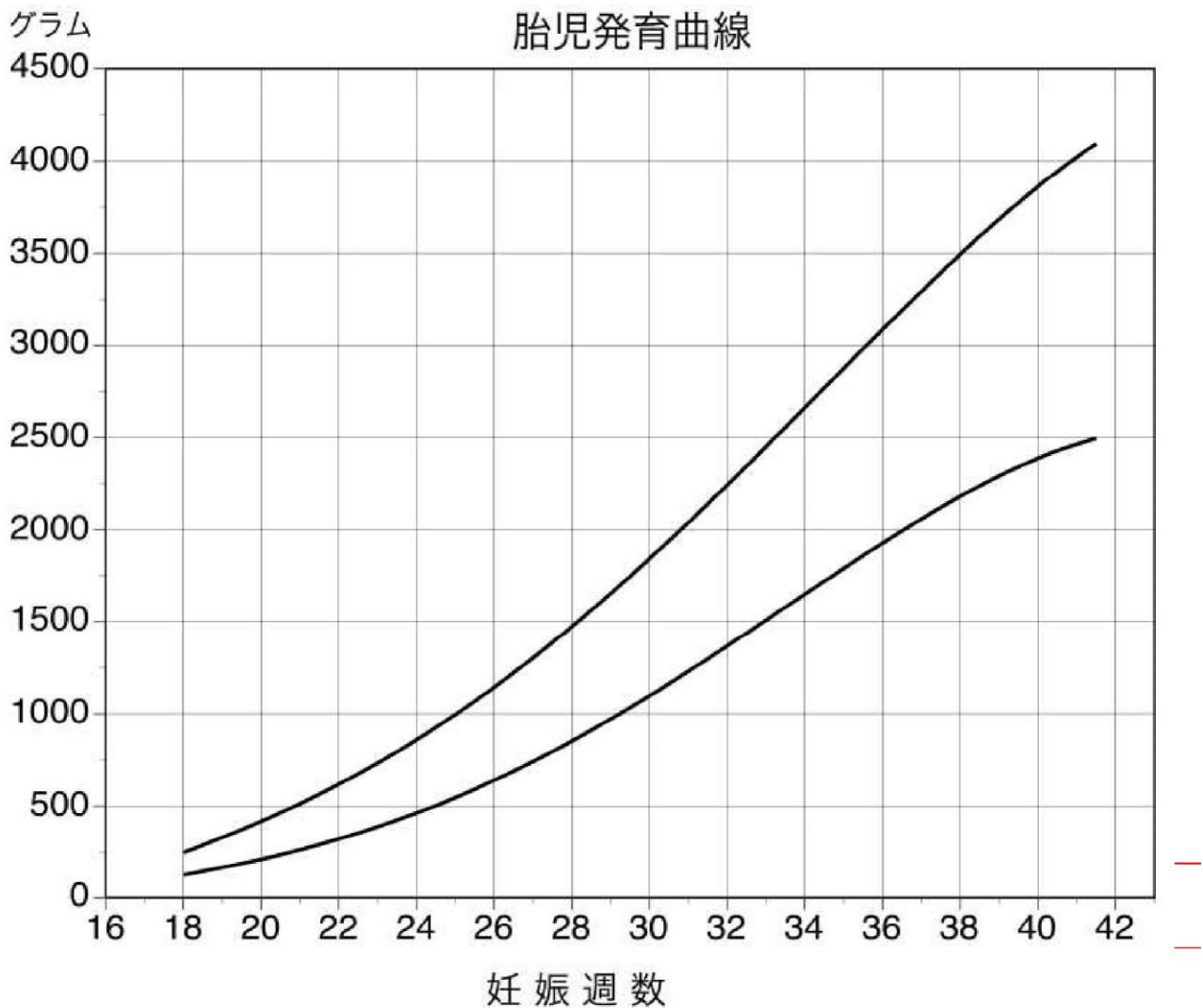
| | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------|-----------|
| 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 診査時年齢: 歳 月 | |
| | | | | | | | | | | | | 保健指導(有・無) | |
| | | | | | | | | | | | | 予防処置(有・無) | |
| | E | D | C | B | A | A | B | C | D | E | | 歯肉・粘膜 | (異常なし・あり) |
| | E | D | C | B | A | A | B | C | D | E | | かみ合わせ | (よい・経過観察) |
| 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 歯の汚れ・形態・色調 | (異常なし・あり) |
| | | | | | | | | | | | | その他() | |
| 診査日: 年 月 日 | | | | | | | | | | | | 診査施設名または歯科医師名 | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------|-----------|
| 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 診査時年齢: 歳 月 | |
| | | | | | | | | | | | | 保健指導(有・無) | |
| | | | | | | | | | | | | 予防処置(有・無) | |
| | E | D | C | B | A | A | B | C | D | E | | 歯肉・粘膜 | (異常なし・あり) |
| | E | D | C | B | A | A | B | C | D | E | | かみ合わせ | (よい・経過観察) |
| 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 歯の汚れ・形態・色調 | (異常なし・あり) |
| | | | | | | | | | | | | その他() | |
| 診査日: 年 月 日 | | | | | | | | | | | | 診査施設名または歯科医師名 | |

予備欄

◎胎児の発育について

妊婦健康診査の超音波検査により、胎児の推定体重を計算することができます。推定体重を胎児の発育曲線に書き入れて赤ちゃんの発育の様子を確認してみましょう。



※この曲線の、上下の線の間には約95.4%の赤ちゃんの妊娠週数別推定体重が入ります。心配なことがあれば、医療機関等に相談しましょう。

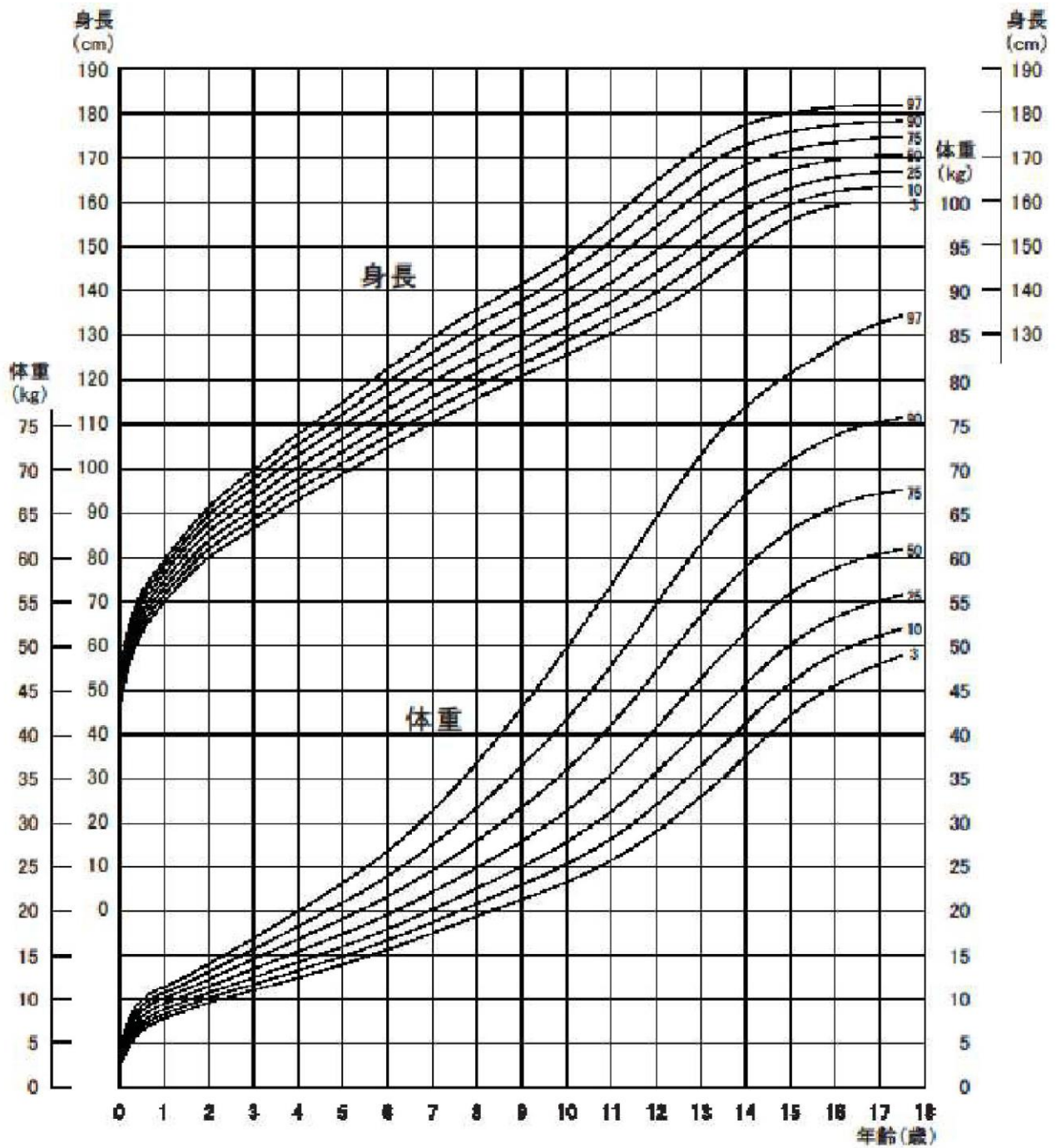
(出典) 「推定胎児体重と胎児発育曲線」保健指導マニュアル



<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 成長曲線

(平成16年2月作成)



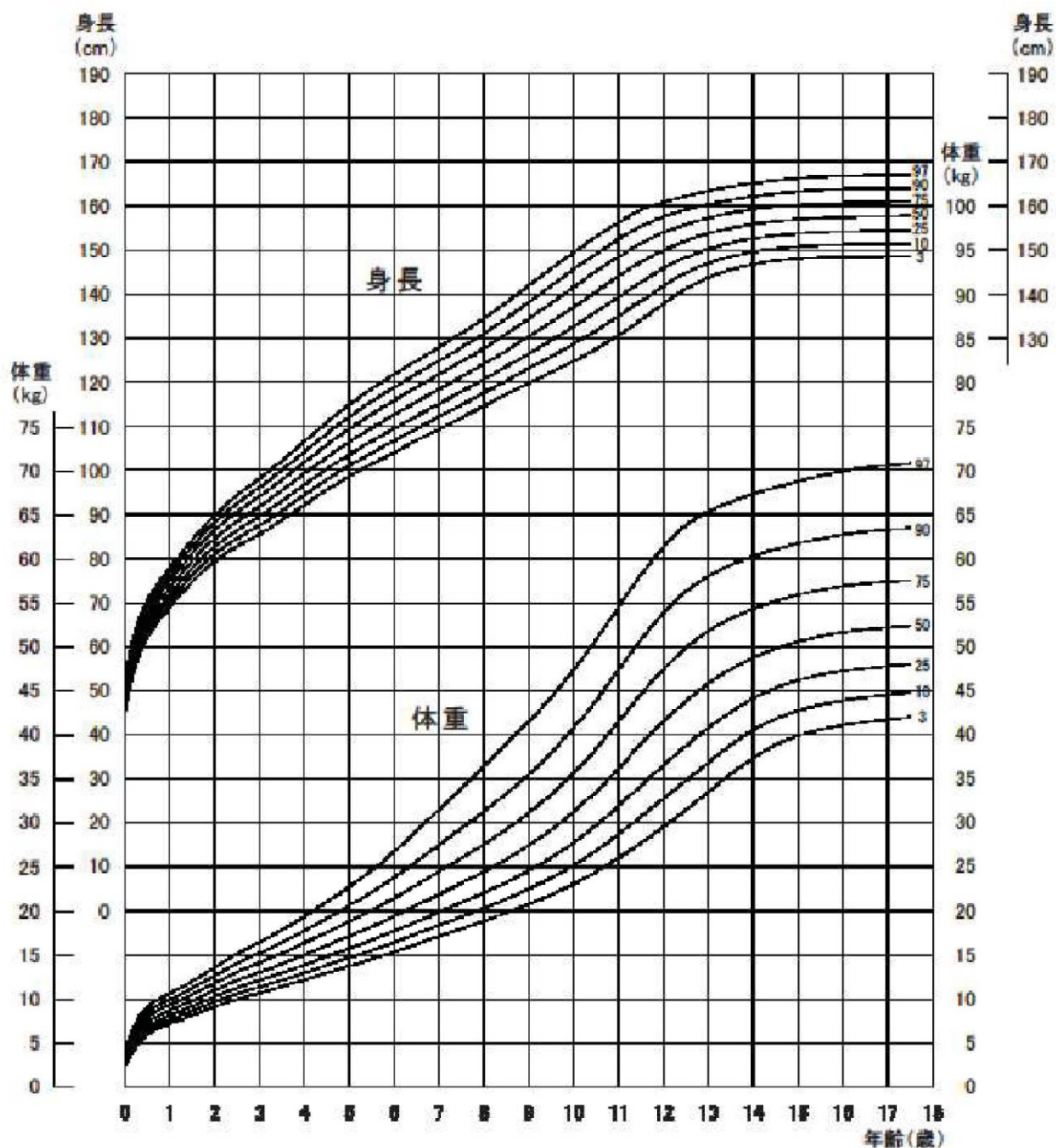
○身長と体重を記入して、その変化を見てみましょう。

- ・身長、体重は、曲線のカーブにそっていますか。
- ・体重は、異常に上向きになっていませんか。
- ・体重は、低下していませんか。

<お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。>

女子 成長曲線

(平成16年2月作成)



成長曲線のまんなかの曲線（50のカーブ）が標準の成長曲線です。

(出典) 「食を通じた子どもの健全育成（－いわゆる「食育」の視点から－）のあり方に関する

検討会」報告書



学童期以降の記録

小学生の記録

| 学年 | 検査日 年 月 日 | 身長 cm | 体重 kg | 視力 右・左 | むし歯 | 歯肉炎 | 特 記 事 項 |
|-------|--------------|----------|----------|-----------|-----|-----|---------|
| 小学1年生 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 小学2年生 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 小学3年生 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 小学4年生 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 小学5年生 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 小学6年生 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

中学生以降の記録

| 学年 | 検査日 年 月 日 | 身長 cm | 体重 kg | 視力 右・左 | むし歯 | 歯肉炎 | 特 記 事 項 |
|---------------|--------------|----------|----------|-----------|-----|-----|---------|
| 中学 1 年生 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 中学 2 年生 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 中学 3 年生 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 16歳 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 17歳 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 18歳 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

お母さん ・ お父さんの悩みや子育てに関する相談、相談窓口

赤ちゃんが生まれてから、お母さん、お父さんは大変忙しくなります。子育て中はストレスがたまりやすいです。そのため、普段は元気なお母さん、お父さんであっても、イライラする、眠れなくなる、急にふさぎ込むなど心身の調子がとれなくなることもあります。

◎日頃こんなことを感じますか？振り返ってみましょう

不安になる、気分が落ち込む、不眠やイライラがある、なぜか疲れる、育児が楽しくない、こどもの遊ばせ方がわからない、子育ての話し相手や手伝ってくれる人がいない など

◎こどものことで不安に思っていることはありませんか

夜泣きがひどい、寝つきが悪い、母乳を飲んでくれない、離乳食をいやがる など

保育所、幼稚園、認定こども園の先生や友だちになじめない、言葉がはっきりしない、興味を示すものが限られている、集団の中で落ち着いていられない、聞かれたことに答えない、同じ言葉を繰り返す など

気になることや、悩みがあるときは、まずは、家族と話し合しましょう。そして、家族以外にも子育ての助けになる人を探してみましょう。

子育ての悩みは誰にでもあります。自分の健康や子育てについて悩みがあるときは、まず、自分の気持ちを家族に伝え、よく話し合しましょう。こどもは多くの人の手に支えられて育っていきます。お母さん、お父さんだけで悩まず、都道府県、保健所、市町村保健センター、こども家庭センター、地域子育て相談機関、かかりつけ医などに気軽に相談してみましょう。

また、母親（両親）学級などで知り合った親子、近隣の子育てボランティアなどは、身近なところで子育てのことを一緒に考えてくれる仲間です。産後ケア、育児相談、子育て教室、子育てサークルなどを利用して、こうした知り合いをつくることも、お母さん、お父さんのストレス解消に役立ちます。

| | | | |
|-----------|--|-----|--|
| 相談できる人・場所 | | 連絡先 | |
| 相談できる人・場所 | | 連絡先 | |
| 相談できる人・場所 | | 連絡先 | |

お母さん・お父さんの悩みや子育てに関する相談機関

◎お母さん・お父さんのからだや心の悩み、こどもの発育や発達、子育ての仕方に関する相談窓口
 かかりつけの医療機関、こども家庭センター、地域子育て相談機関、市町村保健センター、保健所、精神保健福祉センター、児童発達支援センター、発達障害者支援センター、医療的ケア児支援センター

| | | | |
|-----------------------|--|-----|--|
| こども家庭センター | | 連絡先 | |
| 保健センター 地区担当保健師： _____ | | 連絡先 | |
| 名称 | | 連絡先 | |

◎養育上の悩みや生活の不安などに関する相談窓口

こども家庭センター、地域子育て相談機関、地域子育て支援拠点、幼稚園、保育所、認定こども園、児童館、主任児童委員(※)、民生・児童委員(※)、福祉事務所、児童相談所、市区町村子ども家庭総合支援拠点

※厚生労働大臣から委嘱され、子育ての不安、妊娠中の心配ごとなどの相談、援助、福祉事務所を始めとする関係機関との調整など必要な支援を行っています。

【児童相談所相談専用ダイヤル 0120-189-783】

【親子のための相談LINE



】

【DV相談ナビ全国共通ダイヤル #8008】

| | | | |
|----|--|-----|--|
| 名称 | | 連絡先 | |
| 名称 | | 連絡先 | |
| 名称 | | 連絡先 | |
| 名称 | | 連絡先 | |

相談したときの記録

| 相談日時 年 月 日 | 内容 | 備考（相談先など） |
|---------------|----|-----------|
| 年 月 日 | | |
| 年 月 日 | | |
| 年 月 日 | | |
| 年 月 日 | | |
| 年 月 日 | | |

◎地域の育児サポート

育児に疲れてしまったときや病気になったときなどは、地域の育児サポートを利用するのも良いでしょう。具体的には、保育所・認定こども園などでこどもを一時的に預かる「一時預かり」や「ショートステイ」、地域における子育ての相互援助活動を行う「ファミリー・サポート・センター」、妊娠、出産や子育てに関する相談・支援などを行う「こども家庭センター」、こども家庭センターを補完し、妊産婦、子育て世帯、子どもが気軽に相談できる「地域子育て相談機関」、身近なところで子育て親子が気軽に集まって交流する場を設けて子育てに関する相談や地域の子育て情報を提供する「地域子育て支援拠点」、子育てや子どもとの関わり方についてのペアレントトレーニング等を実施する「親子関係形成支援事業」、家事・育児支援、育児指導、家庭教育支援などを行う家庭訪問があります。地域によっては、この他さまざまな行政サービスを利用できる場合もあり、これらのサービスをはじめとした様々なニーズに即した必要な支援につなげるための伴走型相談支援も実施していますので、市区町村の保健、福祉、子育て支援、家庭教育支援の担当課にお問い合わせください

| | | | |
|-----|--|-------|--|
| 名 称 | | 連 絡 先 | |
| 名 称 | | 連 絡 先 | |
| 名 称 | | 連 絡 先 | |

連絡先メモ

| | | | | | |
|---------------------|-----------------|-------|----|---|---|
| 健診受診 施設 | 名称 | | 電話 | | |
| | 住所 | | | | |
| 分娩予定 施設 | 名称 | | 電話 | | |
| | 住所 | | | | |
| 産科医療 補償制度 登録証 | 登録証交付日 | 西暦 20 | 年 | 月 | 日 |
| | 妊産婦管理 番号 | | | | |
| | 出産した分娩 機関の名称 | | | | |
| | 分娩機関管理 番号 | | | | |
| 小児科 | 名称 | | 電話 | | |
| | 住所 | | | | |
| 歯科 | 名称 | | 電話 | | |
| | 住所 | | | | |

| | | | | | |
|--|--|-----|-----|---|---|
| <input type="checkbox"/> 医療法6条の4の2による書面の交付と適切な説明 | | 説明日 | 年 | 月 | 日 |
| 助産所 | 名称 | | 連絡先 | | |
| | 助産師の氏名 | | | | |
| | 住所 | | | | |
| 助産所で管理できる妊婦 の状態(※) | <input type="checkbox"/> 助産師が管理できる妊婦 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき妊婦 | | | | |
| 連携して異常に対応する 病院又は診療所 | 名称 | | 連絡先 | | |
| | 住所 | | | | |

連絡先(※助産所で分娩予定の場合に助産所にて記載)

※ 助産業務ガイドライン2019の「Ⅲ妊婦管理適応リスト」を参照して□に☑を記載すること。

〔こども医療電話相談事業〕

(電話番号: # 8 0 0 0 (全国同一の短縮ダイヤル))

休日、夜間のこどもの症状にどのように対処したら良いのか、病院を受診した方がよいのかなど判断に迷った時に、小児科医師・看護師から、お子さんの症状に応じた適切な対応の仕方や受診する病院等のアドバイスを受けられます。

※厚生労働省

※(公社)日本小児科学会

「こども医療電話相談事業(# 8000)について」

「こどもの救急」ホームページ



災害の備え・対策

災害が起きたときには、妊娠中であることや乳幼児がいることを伝え、周囲の方に手助けを求めましょう。また、母子の避難場所や母子専用の授乳スペースなどがあるかどうかを確認し、必要であることを伝えましょう。

- ◎災害はいつ起こるかわかりませんので、妊娠初期から準備しておきましょう。
お住まいの地域の情報をもとに、家族などで事前に話し合っておくと安心です。

| |
|---|
| 災害時の情報取得方法： (例：防災用アプリ、防災速報、防災気象情報、防災行政無線無料テレホンサービスなど) |
| 災害時の連絡方法： (例：災害用伝言ダイヤルなど) |
| 緊急連絡先、相談先： (例：市区町村の災害対策窓口など) |
| 地域の避難場所： ※お住まいの地域の避難場所を確認のうえ、安全に避難できるルートであるか、歩いて確認してみましょう。 |
| 災害時の持ち出し品： ※両手が使えるようリュックサックにつめておきましょう。 1日の生活を振り返り、生活必需品を備えておきましょう。 下記のもの、いつも携帯しておくと安心です。 (例：母子健康手帳、診察券、保険証、常備薬、生理用品、衛生用品など) ※災害が起きたときに、母子健康手帳などの現物がなくてもわかるよう、データを保存しておきましょう。あらかじめ家族と情報共有をしておくことや、アプリやクラウドサービスを活用して管理する方法もあります。 |
| 家庭での災害対策： (例：生活必需品の備蓄、家具の固定など) |
| 妊婦自身や家族の健康状態など： |

(表)
母性健康管理指導事項連絡カード

事業主殿

年 月 日

医療機関等名 _____

医師等氏名 _____

下記の1の者は、健康診査及び保健指導の結果、下記2～4の措置を講ずることが必要であると認めます。

記

1. 氏名等

| | | | | | |
|----|--|------|---|-------|-------|
| 氏名 | | 妊娠週数 | 週 | 分娩予定日 | 年 月 日 |
|----|--|------|---|-------|-------|

2. 指導事項

症状等 (該当する症状等を○で囲んでください。) 指導事項 (該当する指導事項欄に○を付けてください。)

| 措置が必要となる症状等 | | 標準措置 | | 指導事項 |
|---|---------------------|-----------------|--|------|
| つわり、妊娠 ^{おそ} 悪阻、貧血、めまい・立ちくらみ、腹部緊満感、子宮収縮、腹痛、性器出血、腰痛、痔、静脈 ^{りゅう} 瘤、浮腫 ^{ふしゅ} 、手や手首の痛み、頻尿、排尿時痛、残尿感、全身倦怠感、動悸、頭痛、 血圧の上昇、蛋白尿、妊娠糖尿病、赤ちゃん(胎児)が週数に比べ小さい、多胎妊娠(胎)、産後体調が悪い、妊娠中・産後の不安・不眠・落ち着かないなど、合併症等() | 休業 | 入院加療 | | |
| | | 自宅療養 | | |
| | 勤務時間の短縮 | | | |
| | 作業の制限 | 身体的負担の大きい作業 (注) | | |
| | | 長時間の立作業 | | |
| | | 同一姿勢を強制される作業 | | |
| | | 腰に負担のかかる作業 | | |
| | | 寒い場所での作業 | | |
| | 長時間作業場を離れることのできない作業 | | | |
| | ストレス・緊張を多く感じる作業 | | | |

(注)「身体的負担の大きい作業」のうち、特定の作業について制限の必要がある場合には、指導事項欄に○を付けた上で、具体的な作業を○で囲んでください。

標準措置に関する具体的内容、標準措置以外の必要な措置等の特記事項

| |
|--|
| |
|--|

3. 上記2の措置が必要な期間

(当面の予定期間に○を付けてください。)

| | |
|-----------------|--|
| 1週間 (月 日～ 月 日) | |
| 2週間 (月 日～ 月 日) | |
| 4週間 (月 日～ 月 日) | |
| その他 (月 日～ 月 日) | |

4. その他の指導事項

(措置が必要である場合は○を付けてください。)

| | |
|---------------------------|--|
| 妊娠中の通勤緩和の措置 (在宅勤務を含む。) | |
| 妊娠中の休憩に関する措置 | |

指導事項を守るための措置申請書

年 月 日

上記のとおり、医師等の指導事項に基づく措置を申請します。

所属 _____

氏名 _____

事業主 殿

この様式の「母性健康管理指導事項連絡カード」の欄には医師等が、また、「指導事項を守るための措置申請書」の欄には女性労働者が記入してください。

(参考) 症状等に対して考えられる措置の例

| 症状名等 | 措置の例 |
|-----------------------|--|
| つわり、妊娠悪阻 | 休業（入院加療）、勤務時間の短縮、身体的負担の大きい作業（長時間作業場を離れることのできない作業）の制限、においがきつい・換気が悪い・高温多湿などのつわり症状を増悪させる環境における作業の制限、通勤緩和、休憩の配慮 など |
| 貧血、めまい・立ちくらみ | 勤務時間の短縮、身体的負担の大きい作業（高所や不安定な足場での作業）の制限、ストレス・緊張を多く感じる作業の制限、通勤緩和、休憩の配慮 など |
| 腹部緊満感、子宮収縮 | 休業（入院加療・自宅療養）、勤務時間の短縮、身体的負担の大きい作業（長時間の立作業、同一姿勢を強制される作業、長時間作業場所を離れることのできない作業）の制限、通勤緩和、休憩の配慮 など |
| 腹痛 | 休業（入院加療）、疾患名に応じた主治医等からの具体的な措置 など |
| 性器出血 | 休業（入院加療）、疾患名に応じた主治医等からの具体的な措置 など |
| 腰痛 | 休業（自宅療養）、身体的に負担の大きい作業（長時間の立作業、同一姿勢を強制される作業、腰に負担のかかる作業）の制限 など |
| 痔 | 身体的負担の大きい作業（長時間の立作業、同一姿勢を強制される作業）の制限、休憩の配慮 など |
| 静脈瘤 | 勤務時間の短縮、身体的負担の大きい作業（長時間の立作業、同一姿勢を強制される作業）の制限、休憩の配慮 など |
| 浮腫 | 勤務時間の短縮、身体的負担の大きい作業（長時間の立作業、同一姿勢を強制される作業）の制限、休憩の配慮 など |
| 手や手首の痛み | 身体的負担の大きい作業（同一姿勢を強制される作業）の制限、休憩の配慮 など |
| 頻尿、排尿時痛、残尿感 | 休業（入院加療・自宅療養）、身体的負担の大きい作業（寒い場所での作業、長時間作業場を離れることのできない作業）の制限、休憩の配慮 など |
| 全身倦怠感 | 休業（入院加療・自宅療養）、勤務時間の短縮、身体的負担の大きい作業の制限、休憩の配慮、疾患名に応じた主治医等からの具体的な措置 など |
| 動悸 | 休業（入院加療・自宅療養）、身体的負担の大きい作業の制限、疾患名に応じた主治医等からの具体的な措置 など |
| 頭痛 | 休業（入院加療・自宅療養）、身体的負担の大きい作業の制限、疾患名に応じた主治医等からの具体的な措置 など |
| 血圧の上昇 | 休業（入院加療・自宅療養）、勤務時間の短縮、身体的負担の大きい作業の制限、ストレス・緊張を多く感じる作業の制限、疾患名に応じた主治医等からの具体的な措置 など |
| 蛋白尿 | 休業（入院加療・自宅療養）、勤務時間の短縮、身体的負担の大きい作業の制限、ストレス・緊張を多く感じる作業の制限 など |
| 妊娠糖尿病 | 休業（入院加療・自宅療養）、疾患名に応じた主治医等からの具体的な措置（インスリン治療中等への配慮） など |
| 赤ちゃん（胎児）が週数に比べ小さい | 休業（入院加療・自宅療養）、勤務時間の短縮、身体的負担の大きい作業の制限、ストレス・緊張を多く感じる作業の制限、通勤緩和、休憩の配慮 など |
| 多胎妊娠（胎） | 休業（入院加療・自宅療養）、勤務時間の短縮、身体的負担の大きい作業の制限、ストレス・緊張を多く感じる作業の制限、通勤緩和、休憩の配慮 など |
| 産後体調が悪い | 休業（自宅療養）、勤務時間の短縮、身体的負担の大きい作業の制限、ストレス・緊張を多く感じる作業の制限、通勤緩和、休憩の配慮 など |
| 妊娠中・産後の不安・不眠・落ち着かないなど | 休業（入院加療・自宅療養）、勤務時間の短縮、ストレス・緊張を多く感じる作業の制限、通勤緩和、休憩の配慮 など |
| 合併症等（自由記載） | 疾患名に応じた主治医等からの具体的な措置、もしくは上記の症状名等から参照できる措置 など |

母子健康手帳について

母と子の健康をまもり、明るい家庭をつくりましょう

- ◎妊娠中や乳幼児期は急に健康状態が変化しやすいこと、この時期が生涯にわたる健康づくりの基盤となることから、お母さんとお子さんの健康を守るために母子健康手帳がつくられました。受けとったら、まず一通り読んで妊婦自身や保護者の記録欄などに記入しましょう。
- ◎この手帳は、お母さんとお子さんの健康記録として大切です。健康診査、産科や小児科での診察、予防接種、保健指導などを受けるときは、必ず持って行き、必要に応じて書き入れてもらいましょう。手帳の記録は、お子さんの健康診断のときの参考となるばかりでなく、予防接種の公的記録として就学後も役立つものなので、紛失しないように注意してください。また、お母さんとお子さんの健康状態、健診結果などの覚え書きとしても利用してください。
- ◎この手帳を活用して、お母さんとお父さんが一緒になって赤ちゃんの健康、発育に関心を持ちましょう。お父さんもお子さんの様子や自分の気持ちなどを積極的に記録しましょう。お子さんが成人されたときに、お母さん、お父さんから手渡してあげることも有意義です。
- ◎双胎（ふたご）以上のお子さんの妊娠がわかった場合は、お住まいの市区町村窓口からお子さん1人につき手帳1冊となるように新たに母子健康手帳を受けとってください。市町村において、双胎（ふたご）以上のお子さんに関する相談支援などが行われていることもあるので確認してみましょう。
- ◎使用に支障をきたすほど破れたり、よごれたり、なくしたりしたときは、お住まいの市区町村窓口で母子健康手帳の再交付を受けましょう。
- ◎その他わからないことは、受けとった市区町村窓口、こども家庭センター、保健所、市町村保健センターで聞きましょう

◎食べ物や玩具など、ものがのどにつまった時の応急手当

乳幼児は、大人が思いもよらないものを口にします。食べ物や玩具等がのどにつまると、窒息する危険があります。

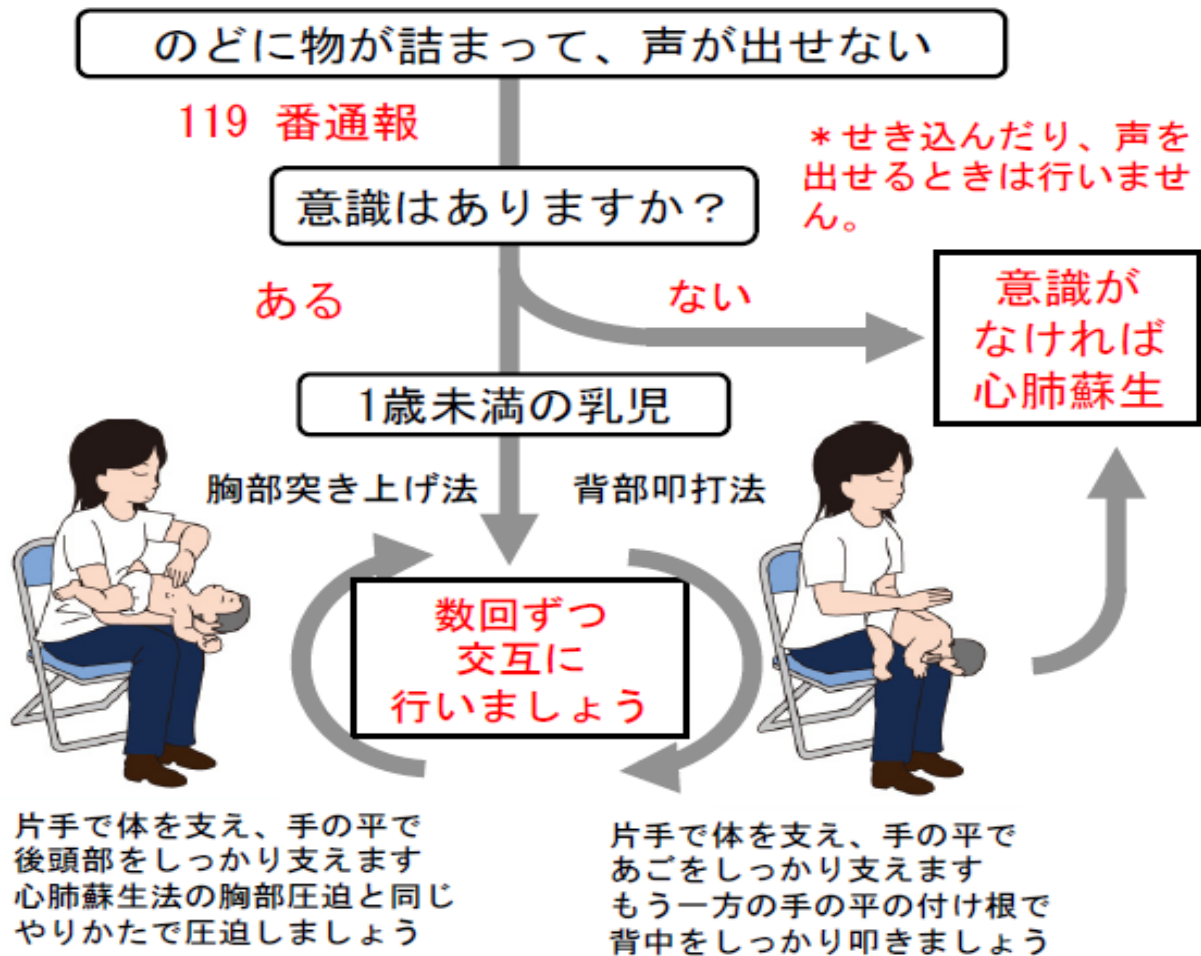
周囲の大人が、普段から乳幼児ののどに詰まりやすい大きさの目安（3歳児の最大口径39mm、口から喉の奥までの長さ51mm。39mmとは、トイレットペーパーの芯程度）を知り、窒息につながりやすい食べ物の注意点や玩具の取り扱いに関する注意書きをよく確認するとともに、すぐに対処できるように、応急手当について知っておくことが必要です。

※ 口の中に指を入れて取り出そうとすると、異物がさらに奥へ進んでしまうことがあります。

※ 歯ブラシの喉つき事故についての情報

「楽しく安全に歯みがきをする習慣を身につけよう」リーフレット（日本小児歯科学会HP）

【ものがのどにつまった時の応急処置】



1歳以上の幼児

腹部突き上げ法（ハイムリック法）

背後から両腕を回し、子どものみぞおちの下で片方の手を握り拳にします。その手で腹部を上方へ圧迫しましょう。



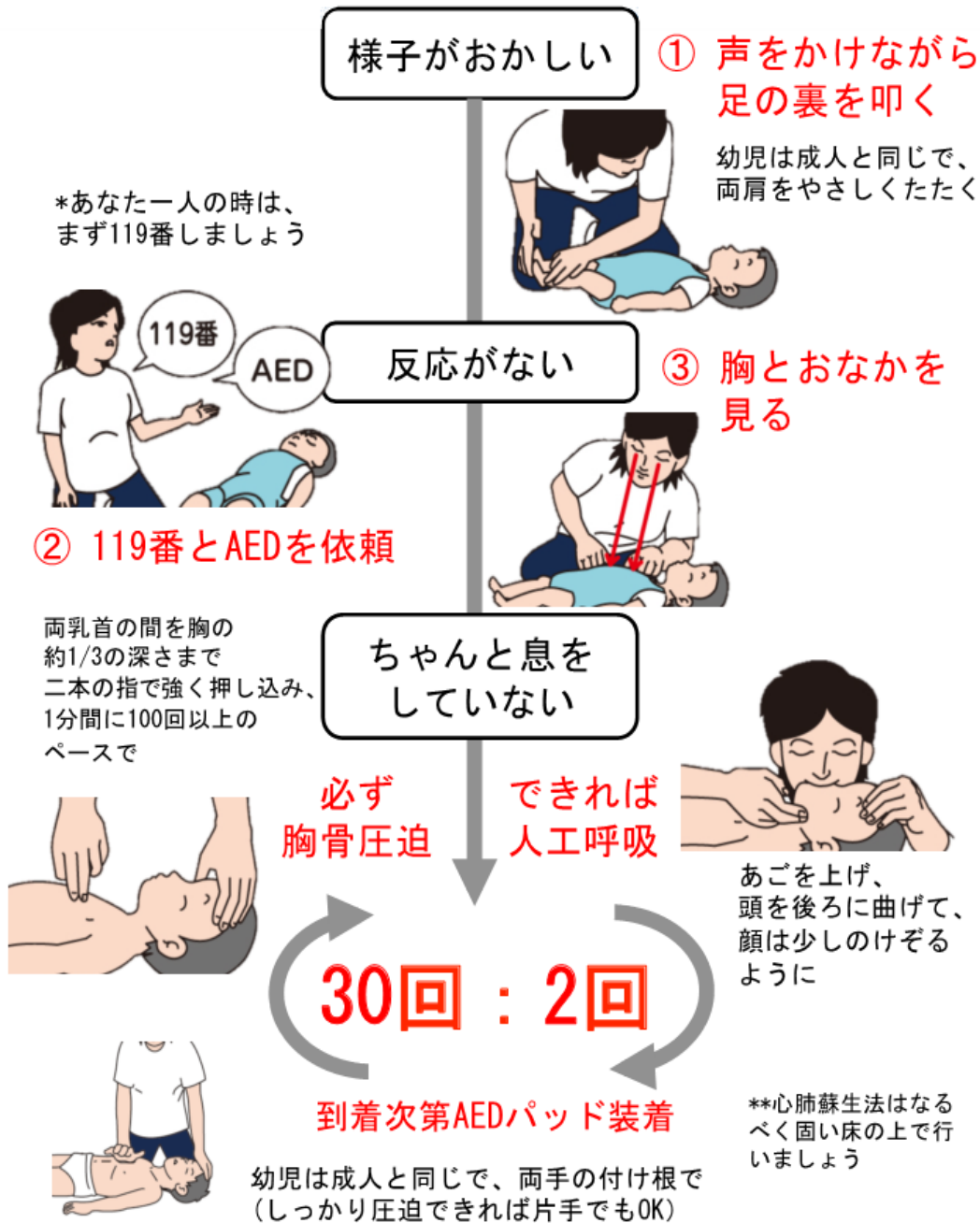
異物が取れるか、救急隊と交替するまで続けましょう

（監修）日本小児呼吸器学会、日本小児救急医学会

心肺蘇生法

心肺蘇生法の基本は、胸骨圧迫と人工呼吸です。胸骨圧迫だけでも、人工呼吸だけでも、何かをするその勇気がお子さんの救命につながります。

様子がおかしいと思ったら助けを呼んで、以下の心肺蘇生法の手順を開始しましょう。



泣き出さずか、救急隊と交替するまで続けましょう

(監修) 日本小児呼吸器学会、日本小児救急医学会

※消防機関等で応急処置の講習会が行われています。慣れておくと安心なので、参加してみましょう。