

病院や保健センターへ行くときは  
わかりやすい 母子健康手帳を  
かならず 持って行きましょう。



## わかりやすい 母子健康手帳

2025年4月10日 発行

監修・リライト・編集 藤澤 和子 (びわこ学院大学教育福祉学部教授)  
リライト・編集 杉浦 絹子 (西南女学院大学助産別科教授)  
デザイン 大西 由美子 (大倉靖博デザイン室)  
イラスト 鈴木 素美 (工房素)  
制作・構成 岩澤 亜希 (岩澤企画編集事務所)

この手帳は、令和7年4月1日施行の母子健康手帳府令様式と一部の任意様式例に準拠した内容を、わかりやすく書き直し新たに編集したものです。  
科学研究費助成事業 (基盤研究 C 21K10838) により制作しました。



この手帳の PDF ファイル  
データを公開しています

[https://researchmap.jp/  
2020pic/published\\_works](https://researchmap.jp/2020pic/published_works)

# わかりやすい 母子健康手帳



年	月	日	交付	No.
保護者の名前	この子どもの はは母	ふりがな	この子どもの なまえ 名前	ふりがな
	この子どもの ちち父	ふりがな	せいねんがつ 生年月日	年 月 日
				性別

# もくじ CONTENTS



## ○大切な母子健康手帳

○あなたや父親が自分たちや子どものことを相談できるところ／連絡先メモ／緊急時の連絡先  
○子どもの保護者／出生届出済証明

## 妊娠

- あなたの健康について
- 今までの妊娠・出産
- あなたの仕事と環境
- 妊娠中の記録(1)～(4)
- 妊娠中のあなたのからだの状態
- 検査の記録
- 検査の説明
- 父親やまわりの人の記録／両親学級などに行った記録
- 妊娠中と産後の歯の状態

## 出産

- 出産の状態
- 出産後のあなたのからだの状態
- あなた自身の記録
- 産後ケアの記録／利用記録

## 乳児

- 早期新生児のけいか／退院時の記録／後期新生児期のけいか
- 新生児訪問指導の記録／検査の記録
- 赤ちゃんの様子【生まれて2週間のころ】
- うんちの色の記録
- 赤ちゃんの様子／健康診査  
【1か月のころ】
- 【2か月のころ】
- 【3～4か月のころ】
- 【6～7か月のころ】
- 【9～10か月のころ】



## 幼児

- 子どもの様子／健康診査  
【1歳のころ】
- 【1歳6か月のころ】
- 【2歳のころ】
- 【3歳のころ】
- 【4歳のころ】
- 【5歳のころ】
- 【6歳のころ】



## 発育曲線

- 赤ちゃんのからだの成長を表す曲線  
【0歳～1歳までの男の子／体重・身長】
- 【0歳～1歳までの女の子／体重・身長】
- 子どものからだの成長を表す曲線  
【1歳～6歳までの男の子／体重・身長】
- 【1歳～6歳までの女の子／体重・身長】
- 赤ちゃんと子どものからだの成長を表す曲線  
【0歳～3歳までの男の子／頭囲】
- 【0歳～3歳までの女の子／頭囲】

## 予防接種

- 予防接種の記録(1)～(4)
- 日本小児科学会がすすめる  
予防接種スケジュールとお子さんのスケジュール
- 予防接種のワクチンと病気の症状
- 今までにかかった主な病気
- 歯の健康診査・保健指導・予防の手当
- 医療についての連絡先メモ
- 災害のときのための準備
- わかりやすい  
母性健康管理指導事項連絡カード

# 大切な 母子健康手帳

母子健康手帳はお母さんとお子さんの健康を守るために大切なものです。  
お子さんが成人したときに、手帳を手わたしてあげるとよいでしょう。  
お子さんにとって、一生の思い出になります。



- 病院や保健センターへ行くときは、かならず持って行きましょう。
- わからないところは、説明してもらいましょう。
- 書きにくいところは、てつだってもらいながら書きましょう。
- 予防接種を受けた記録として役に立ちます。  
なくさないように注意してください。



つぎのときは、市区町村の窓口、こども家庭センター、保健所、市町村保健センターの人に相談しましょう。

- やぶれたりよごれたりして使えなくなった
- なくしてしまった
- 手帳についてわからないことがあった





空いている□の中に、相談できるところや、あなたのまわりの人も書いておきましょう。



あなたや  
ちもおや  
父親が  
自分たちや 子どものことを 相談できる ところ

相談できる ところ	相談できる人の名前	連絡先
こども家庭センター	担当者	
保健センター	地区担当 保健師	
家庭児童相談センター	担当者	

### 連絡先メモ

妊婦健康検査を 受ける施設	名前	電話	
	住所		
出産を 予定する施設	名前	電話	
	住所		
小児科	名前	電話	
	住所		
歯科	名前	電話	
	住所		

### 緊急時の連絡先

名前	あなたとの関係	電話



手帳を受け取ったら すぐに自分で書きましょう。

### 子どもの保護者

子の保護者	名前	生年月日 (年齢)	仕事
子どもの母	ふりがな	年 月 日生 (歳)	
	ふりがな	年 月 日生 (歳)	
子どもの父	ふりがな	年 月 日生 (歳)	
	ふりがな	年 月 日生 (歳)	

今 住んでいるところ	電話



役所で 書いてもらいましょう。

赤ちゃんが 生まれたら 14 日目までに 出生届を 出してください。

そのときに、役所の人が 出生届出済証明 [出生届を出した証明] を 書きます。



### 出生届出済証明

子の名前		男・女
出生の場所	都道府県	市区町村
出生の年月日	年 月 日	年 月 日
上記の者について出 生 届出があったことを 証明する。		
市区町村長		
印		



あなたが自分で書きましょう。

## あなたの健康について

身長 cm	妊娠前の体重 kg	BMI (体かく指数)
----------	--------------	----------------

ふと  
太いか、ふつうか、やせているかを  
あらわすじ  
表す数字、体かく指数とも言う。

BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

からだの病気・薬・アレルギーなど (あてはまるものに  をつけましょう。)

つぎの病気にかかったことがありますか。	
● 高血圧 [血圧が高い]	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 腎臓病 [腎臓のはたらきが弱くなる]	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 糖尿病 [血液の中の糖がふえすぎる]	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 肝炎 [肝臓のはたらきが弱くなる]	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 心臓病 [心臓のはたらきが弱くなる]	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 甲状腺の病気 [からだの調子を整える甲状腺のはたらきが悪くなる]	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 精神疾患 [心の病気]	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● その他の病気 (病名)	<input type="checkbox"/>

つぎ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) [熱がでて、からだにぶつぶつができる]	<input type="checkbox"/> はい (歳) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 予防接種を受けた
● 麻疹 (はしか) [熱がでて、からだにぶつぶつができる]	<input type="checkbox"/> はい (歳) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 予防接種を受けた
● 水痘 (水ぼうそう) [からだにぶつぶつと水をふくんだできるものができる]	<input type="checkbox"/> はい (歳) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名)
いつも飲んでいる薬	
くすり 薬や食べものなどによるアレルギー	

## 心配なこと・ストレス

ふだんの生活で強いストレスを感じていますか。

 はい  いいえ

今回の妊娠について、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・お酒について

たばこをすいますか。

 いいえ  はい (1日) にち ほん 本  
 妊娠前はすっていた (1日) にち ほん 本

同じ家に住んでいる人は同じへやでたばこをすいますか。

 いいえ  はい (1日) にち ほん 本

お酒を飲んでいますか。

 いいえ  はい (1日) にち ぐらい ほん 本  
 妊娠前は飲んでいた (1日) にち ほん 本

## 夫・パートナーの健康

## 夫・パートナーの健康状態

 健康  
 よくない (病名)

たばことお酒は、やめましょう。  
たばことお酒は、赤ちゃんの成長に悪いです。



## 今までの妊娠・出産

出産年月	妊娠期間	出産方法	生まれた子の体重・性別	子の今の状態
ねん 年 がつ 月	にんしん き かん 妊娠期間 〔妊娠してから産むまでの期間〕	ふつぶんべん [おなかを切らずに産む] 帝王切開 [おなかを切って産む] その他 ( )	g / 男・女	
ねん 年 がつ 月	にんしん 妊娠 週	ふつぶんべん 帝王切開	g / 男・女	
ねん 年 がつ 月	にんしん 妊娠 週	ふつぶんべん 帝王切開	g / 男・女	

にんしん 妊娠についてなやんでいることや、出産・育児でこまっていることがある方は、かた 住んでいる市町村のこども家庭センター、病院や医院などにきがるに相談しましょう。



あなたが自分で書きましょう。

## あなたの 仕事と 環境

妊  
娠

妊娠に気づいたとき	
仕事	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし
仕事の内容	
仕事をする場所の様子	<input type="checkbox"/> 立ち仕事やからだがつかれる事が多い <input type="checkbox"/> 暑い・寒い、湿気が高い・乾燥していると差が大きい <input type="checkbox"/> たばこのけむりがひどい <input type="checkbox"/> からだに感じるゆれが多い <input type="checkbox"/> ストレスが多い <input type="checkbox"/> 休けいがとりにくい <input type="checkbox"/> 決められた時間よりも多くの時間はたらくことが多い その他とくに気になることを書いておきましょう ( )
仕事をする時間	1日 だいたい ( ) 時間・( ) 時～( ) 時 日によってはたらく時間が決まっていない (はい・いいえ)
通勤や仕事で使う乗りもの	
通勤の時間	片道 ( 時間 分 )
人や乗りもののこみかた	<input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> ふつう

仕事を休むこと					
妊娠してから変わったこと	<input type="checkbox"/> 仕事を休んだ (妊娠週(第ヶ月)のとき) <input type="checkbox"/> 仕事を変えた (妊娠週(第ヶ月)のとき) <input type="checkbox"/> 仕事をやめた (妊娠週(第ヶ月)のとき) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
産前休業 [産む前にとる休み]	がつ月 日から がつ月 日まで				
産後休業 [産んだ後にとる休み]	がつ月 日から がつ月 日まで				
育児休業 [赤ちゃんを育てるためにとる休み]	<table border="1"> <tr> <td>あなた</td> <td>がつ月 日から がつ月 日まで</td> </tr> <tr> <td>夫・パートナー</td> <td>がつ月 日から がつ月 日まで</td> </tr> </table>	あなた	がつ月 日から がつ月 日まで	夫・パートナー	がつ月 日から がつ月 日まで
あなた	がつ月 日から がつ月 日まで				
夫・パートナー	がつ月 日から がつ月 日まで				
住んでいる環境のこと					
住んでいるたてもの	<input type="checkbox"/> 一戸建て ( 階建て ) <input type="checkbox"/> アパートやマンション ( 階建て 階・エレベーター: あり・なし ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
まわりから聞こえる音	<input type="checkbox"/> しずか <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> さわがしい				
太陽の光のあたりかた	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 悪い				
いっしょに住んでいる人	<input type="checkbox"/> 子ども ( 人 ) <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 夫の父 <input type="checkbox"/> 夫の母 <input type="checkbox"/> 自分の父 <input type="checkbox"/> 自分の母 <input type="checkbox"/> その他 ( 人 )				

妊  
娠



あなたが自分で書きましょう。

## 妊娠中の記録 (1)

あなたの体調や妊娠健康診査のときにたずねたいこと、赤ちゃんが生まれるまでのあなたの気持ちなどを書いておきましょう。

妊  
娠  
して  
から  
3か月目

妊娠8週～妊娠11週 ( 月 日～月 日)
-----------------------

妊  
娠  
して  
から  
4か月目

妊娠12週～妊娠15週 ( 月 日～月 日)
------------------------

### ○妊娠2か月目にした血液検査結果を見ておきましょう。

妊娠3か月目からも受けた検査結果を見ておきましょう。

### ○病院へもって行くもの、病院へ行く方法、つきそう人を決めておきましょう。

家族や支援者・医師や助産師・看護師と話し合って、おきましょう。

さいごの生理がはじまった日	年	月	日
妊娠後にはじめて診察を受けた日	年	月	日
おなかの中の赤ちゃんが動いたことをはじめて感じた日	年	月	日
赤ちゃんが生まれる予定の日	年	月	日

### 「母性健康管理指導事項連絡カード」とは

カードはP.71-72に  
のせています

医師などから、安全に子どもを産むための指示を受けたはたらく妊婦は「母性健康管理指導事項連絡カード」を職場に出しましょう。

仕事を休む、はたらく時間を短くする、からだのらくな仕事にかわるなどのために、医師に書いてもらいます。



あなたが自分で書きましょう。

## 妊娠中の記録 (2)

あなたの体調や妊娠健康診査のときにたずねたいこと、赤ちゃんが生まれるまでのあなたの気持ちなどを書いておきましょう。

妊  
娠  
して  
から  
5か月目

妊娠16週～妊娠19週 ( 月 日～月 日)
------------------------

妊  
娠  
して  
から  
6か月目

妊娠20週～妊娠23週 ( 月 日～月 日)
------------------------

### ○妊婦健康診査【あなたとおなかの中の赤ちゃんの健康状態をみてもらう】はかならず受けましょう。

妊娠中は、心配なことがなくても、からだにはいろいろな変化が起こっています。

### ○つぎのようなときは、医師などに相談しましょう。

- むくみ ●性器出血 [腫らでる] ●おなかのはり ●腹痛 ●発熱 ●下痢
- がんこな便秘 ●ふだんと出る量や色などがちがう おりもの [腫から出るねばりけのある液]
- 強い頭痛 ●めまい ●はきけ ●嘔吐 [食べたものをはく]

こんなときは  
すぐに相談!



- つわり [はきけがしたり、はいてしまって食べることができない状態] で元気がなくなった。
- イライラしたり 心臓が強くドキドキしたり、心配な気持ちが強くなった。
- おなかの中の赤ちゃんの動きを感じなくなった。

### ○はたらいている母親や父親は、会社や事業所に、妊娠したことを伝えましょう。

妊娠中に安全に仕事をする、産前、産後、育児の休みをとる制度があります。



あなたが自分で書きましょう。

## 妊娠中の記録 (3)

あなたの体調や妊娠健康診査のときにたずねたいこと、赤ちゃんが生まれるまでのあなたの気持ちなどを書いておきましょう。

妊 娠 し て	妊娠 24 週～妊娠 27 週 ( 月 日～月 日)						
	妊娠してから 7か月目						
妊 娠 し て	妊娠 28 週～妊娠 31 週 ( 月 日～月 日)						
	妊娠してから 8か月目						
出 産 前 後 に 住 ん で る 場 所	住所						
	電話						
妊 娠 ・ 出 産 で、 何 か あ っ た と き に れ ん ら く す る 人	名前	ふりがな	電話				
	名前	ふりがな		電話			
赤 ん だ ん を 産 む 病 院 へ 行 く 方 法	<input type="checkbox"/> 自分の家の車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 歩く <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	住んでいる場所から病院に行くためにかかる時間 ( 時間 分)						
出 産 前 後 に 家 事 や 育 児 を 手 伝 つ け る 人							

こんなときは  
すぐに病院で  
診察を受けましょう。

- **出血や破水** [おなかの中の赤ちゃんをつつんでいるふくろがやぶれる]
- **おなかの強いはりやいたみ**
- **おなかの中の赤ちゃんの動きが少なくなった**



あなたが自分で書きましょう。

## 妊娠中の記録 (4)

あなたの体調や妊娠健康診査のときにたずねたいこと、赤ちゃんが生まれるまでのあなたの気持ちなどを書いておきましょう。

妊 娠 し て	妊娠 32 週～妊娠 35 週 ( 月 日～月 日)						
	妊娠してから 9か月目						
妊 娠 し て	妊娠 36 週～妊娠 39 週 ( 月 日～月 日)						
	妊娠 40 週～ ( 月 日～ )						
出 産 日	年 月 日 生						
	赤ちゃんが生まれたときの気持ちを書いておきましょう。						

### ○ わからないことは相談しましょう。

出産や産んでからの生活について、心配なことやわからないことは、いつもみてもらっている医師や助産師、市町村の保健師に相談しましょう。

こんなときは  
すぐに病院で  
診察を受けましょう。

- **出血や破水** [おなかの中の赤ちゃんをつつんでいるふくろがやぶれる]
- **おなかの強いはりやいたみ**
- **おなかの中の赤ちゃんの動きが少なくなった**



産む病院に

もっていくものを  
じゅんびしましょう



妊  
娠  
し  
て



にん ぶ けんこうしんさ か  
妊婦健康診査のときに書いてもらいましょう。

# 妊娠中のあなたの からだの状態

妊  
娠

妊婦健康診査を受けるときは  
外に出かけるときは  
いつもこの手帳をもって  
いきましょう



けんさ  
検査  
きろく  
検査の記録

いし  
医師や助産師が検査結果を説明します。

あなたが検査結果を書いてもいいと言つてから、書くことになっています。

妊  
娠

けんさ 検査こうもく	けんさ 検査年月日	きにゅう 記入欄 (結果・おこなったことなど)
けんさ 血液型	ねん 年 がつ 月 にち 日	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> AB型 <input type="checkbox"/> Rh+ <input type="checkbox"/> Rh-
ふきそくこうたい 不規則抗体	ねん 年 がつ 月 にち 日	
しきゅうけい 子宮頸がん検診	ねん 年 がつ 月 にち 日	
ばいどくけいはんのう 梅毒血清反応	ねん 年 がつ 月 にち 日	
エイチビーエス こうげん H B s 抗原	ねん 年 がつ 月 にち 日	
エイチシーピー こうたい H C V 抗体	ねん 年 がつ 月 にち 日	
エイチアイピー こうたい H I V 抗体	ねん 年 がつ 月 にち 日	
ふう 風しんウイルス抗体	ねん 年 がつ 月 にち 日	
エイチイエルピー こうたい H T L V - 1 抗体	ねん 年 がつ 月 にち 日	
クラミジア抗原	ねん 年 がつ 月 にち 日	
ピーグルようけいれん さきゅうきん B群溶血清連鎖球菌	ねん 年 がつ 月 にち 日	
	ねん 年 がつ 月 にち 日	
	ねん 年 がつ 月 にち 日	

○ わからないことは相談しましょう。

かんせんじょう けんさ  
感染症の検査や子宮頸がん検診の結果について、気になることがあれば、医師に相談しましょう。

妊  
娠

けんさ 検査こうもく	せつめい 説明
けんさ 血液型	けんさ 血液のタイプです。
ふきそくこうたい 不規則抗体	ふきそくこうたい 不規則抗体があるかどうかを調べる検査です。 この抗体があると、赤ちゃんの血液が少なくなってしまうことがあります。
しきゅうけい 子宮頸がん検診	しきゅうけい 子宮の入り口にがんができていないかを調べる検査です。
ばいどくけいはんのう 梅毒血清反応	ばいどくけいはんのう 梅毒という性病にかかっていないかを調べる検査です。 妊婦が梅毒に感染していると、予定よりも早く赤ちゃんが生まれてしまうことがあります。 おなかの中で死んでしまうこともあります。生まれてから元気に育たないこともあります。
エイチビーエス こうげん H B s 抗原	エイチビーエス こうげん B型肝炎という肝臓の病気のウイルスがからだの中にいるかを調べる検査です。 B型肝炎にかかると、肝臓のはたらきが悪くなり、肝臓がんになります。
エイチシーピー こうたい H C V 抗体	エイチシーピー こうたい C型肝炎という肝臓の病気につかっていないかを調べる検査です。 C型肝炎にかかると、肝臓のはたらきが悪くなり、肝臓がんになります。
エイチアイピー こうたい H I V 抗体	エイチアイピー こうたい エイズという病気の原因となるヒト免疫不全ウイルスに感染していないかを調べる検査です。 ヒト免疫不全ウイルスに感染すると、いろいろな病気やがんにかかりやすくなります。
ふう 風しんウイルス抗体	ふう からだに入ってきた風しんウイルスをやつける風しんウイルス抗体があるかを調べる検査です。この抗体が十分にあると、風しんにかかることはありません。 妊娠中に風しんにかかると、目の見えかたや耳の聞こえが悪い、心臓が悪い赤ちゃんが生まれることがあります。
エイチイエルピー こうたい H T L V - 1 抗体	エイチイエルピー こうたい ヒト細胞白血病ウイルスがからだの中にいるかを調べる検査です。 このウイルスがいる人のなかには血液の中のリンパ球のがんになる人がいます。 このウイルスは母乳の中にいます。 ウイルスのいるお母さんは、ミルクで育てるようにすすめられています。
クラミジア抗原	クラミジア感染症の原因がからだの中にいるかを調べる検査です。 お母さんが感染していると、赤ちゃんも感染してしまうことがあります。 赤ちゃんが感染すると、目の病気、のどの病気、肺の病気、耳の病気になります。
ピーグルようけいれん さきゅうきん B群溶血清連鎖球菌	ピーグルようけいれん さきゅうきん B群溶血清連鎖球菌という細菌がからだの中にいるかを調べる検査です。 お母さんが感染していると、赤ちゃんも感染してしまうことがあります。 赤ちゃんが感染すると、全身の病気になって死んでしまうことがあります。



## 父親や家族の記録

あか 赤ちゃんを むかえる気持ちなどを 書いておきましょう。

妊  
娠

あなたが自分で書きましょう。

## 両親学級などに行った記録

行った年月日	学んだこと	記入欄 (場所・たんとう者の名前など)
年 月 日		

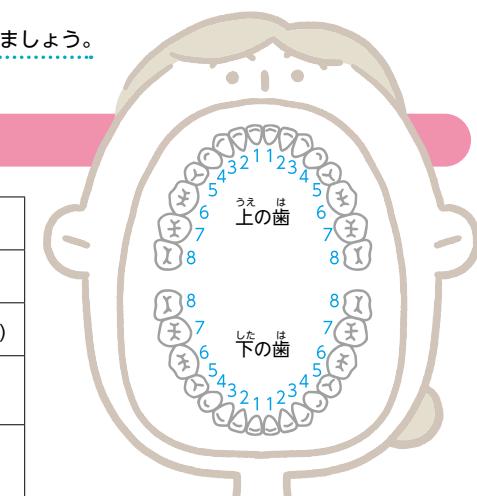


## 妊娠中と産後の歯の状態

はじめての診察	年 月 日
妊娠期間	妊娠 週
治療のいるむし歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ほん本)
歯石 [歯のよごれがたまつたかたまつたもの]	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
歯肉 [歯ぐき] のえんしょう	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 指導がいる・治療がいる )

○歯の状態を表す記号 むし歯のない歯: / むし歯: C むし歯をなおした歯: ○ ぬけてしまった歯: △

■とくに書いておくべきこと



妊  
娠

診察日	年 月 日	期間	妊娠・産後 週
上の歯は	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	歯石	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
下の歯は	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	歯肉のえんしょう	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 指導がいる・治療がいる )

■とくに書いておくべきこと

■病院の名前またはたんとう者の名前

診察日	年 月 日	期間	妊娠・産後 週
上の歯は	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	歯石	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
下の歯は	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	歯肉のえんしょう	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 指導がいる・治療がいる )

■とくに書いておくべきこと

■病院の名前またはたんとう者の名前

○歯医者にかかるときは、妊娠中であることを話してください。

むし歯や歯周病 [歯ぐきがえんしようをおこす病気]などは妊娠中に悪くなりやすいです。  
歯周病は赤ちゃんが予定より早く産まれるなどの原因となることがあります。注意しましょう。





しゅつ  
さん  
出産



う びょういん じょさん い し か  
産んだ病院の 助産師か 医師に 書いてもらいましょう。

しゅつさん じょうたい  
出産の状態

にんしん き かん 妊娠期間		にんしん 週 妊娠						
あか 赤ちゃんが 生まれた日時		ねん 年	がつ 月	にち 日	じせん 午前 午後	じ 時 時	ふん 分 分	
あか 赤ちゃんが 生まれた時の様子		<input type="checkbox"/> <b>頭位</b> <input type="checkbox"/> <b>骨盤位</b> <input type="checkbox"/> <b>その他</b> ( ) とくに 書いておくべきこと ( )						
あか 赤ちゃんを 生んだ方法								
じんこう はじ 陣痛が 始まってから 赤ちゃんが 生まれるまでに かかった時間		じかん 時間	ふん 分	出 血 量	しょうりょう 少量	ちゅうりょう 中量	たりょう 多量 ( ml )	
ゆけつ 輸血 ( 血液製剤ふくむ ) の あり・なし [他の人の血液や 人の血液から 作られた 薬 ]		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )						
しゅつさん 出産時の 赤ちゃんの 状態	せいべい 性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> わからない	かず 数	<input type="checkbox"/> 1人	<input type="checkbox"/> 2人か それ以上 ( 人 )	
	あか 赤ちゃんの 大きさ	たいじゅう 体重			g	しんちょう 身長		cm
		とうい あたま 頭囲 [ 頭のまわり ]			cm	きょうい むね 胸囲 [ 胸のまわり ]		cm
とくに 問題の あつたこと	しんせいじ かし いき 新生児仮死 [ 息を していないように 見える ] ⇒ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 蘇生 [ 生き返る ] <input type="checkbox"/> 死産 [ 生まれる前に 死んでいる ]							
しょあ 證明	<input type="checkbox"/> 出生 証明書 [ 赤ちゃんが 生まれたことの 証明 ]			しゅつさん 出産の 場所 (名しょう)				
	<input type="checkbox"/> 死産 証書 [ 赤ちゃんが 死んで 出てきたことの 証明 ]			いし 医師				
	<input type="checkbox"/> したいんあんしょ (死胎検査書) [ 赤ちゃんの 死んだ理由の 証明 ]			じょさん し 助産師				
	<input type="checkbox"/> 出生 証明書 および 死亡診断書			た その他				



しゅつさん ご たいいん じ しんさつ  
出産後・退院時の 診察のときに 書いてもらいましょう。

しゅつさん ご  
出産後の あなたの からだの状態

さんご にちげつすう 産後日月数						
あか [ 赤ちゃんを 産んでからの 日月数 ]		<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い				
し さくうらふ こ 子宮復古		<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い				
おろ 悪露		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常				
にゅうぼう じょうたい 乳房の状態						
けつあつ 血圧		/ / / / / /				
にょう たんぱく 尿たんぱく		なし	あり	多い	- + +	- + +
にょうとう 尿糖		なし	あり	多い	- + +	- + +
たいじゅう 体重		kg	kg	kg	kg	kg
さんご こころ じょうたい けんさ 産後の 心の状態の 検査 ( E P D S [ エジンバラ産後 うつ病質問票 ] など )						



あなたが自分で書きましょう。

## あなた自身の記録

きぶん 気分がしづむ、なみだがすぐ出る、何もやる気になれないときがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 何ともいえない
さんご 産後の自分の気持ちを書きましょう。	

産後、自分のことで、気になることがあれば、  
医師、助産師、こども家庭センターなどに相談しましょう。

おふろにはいった日	さんご 産後 日 ( 月 日)
かじ 家事をはじめた日	さんご 産後 日 ( 月 日)
かじ いがい しこと 家事以外の仕事をはじめた日	さんご 産後 日 ( 月 日)
さんご 産後にふたたび生理がはじまったとき	ねん 年 月 日
つぎの子を産む時期についての指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 受胎調節実地指導員 [避妊について教える資格のある人] <input type="checkbox"/> 助産師  ( ねん 年 月 日 )



産後ケアを利用したときに書いてもらいましょう。

## 産後ケアの記録【産後のお母さんと赤ちゃんのためのサービス】

ねんがつ び 年月日	ほうほう 方法	ばしょ 場所	きゆう 記入らん
ねん がつ にち 年 月 日	<input type="checkbox"/> 泊まる <input type="checkbox"/> 日がえり <input type="checkbox"/> 家に来てもらう		
ねん がつ にち 年 月 日	<input type="checkbox"/> 泊まる <input type="checkbox"/> 日がえり <input type="checkbox"/> 家に来てもらう		
ねん がつ にち 年 月 日	<input type="checkbox"/> 泊まる <input type="checkbox"/> 日がえり <input type="checkbox"/> 家に来てもらう		
ねん がつ にち 年 月 日	<input type="checkbox"/> 泊まる <input type="checkbox"/> 日がえり <input type="checkbox"/> 家に来てもらう		
ねん がつ にち 年 月 日	<input type="checkbox"/> 泊まる <input type="checkbox"/> 日がえり <input type="checkbox"/> 家に来てもらう		
ねん がつ にち 年 月 日	<input type="checkbox"/> 泊まる <input type="checkbox"/> 日がえり <input type="checkbox"/> 家に来てもらう		
ねん がつ にち 年 月 日	<input type="checkbox"/> 泊まる <input type="checkbox"/> 日がえり <input type="checkbox"/> 家に来てもらう		



こそだ そだん きかん かてい 子育について相談できる機関(こども家庭センターなど)を利用したときに書いてもらいましょう。

## 利用記録

ねんがつ び 年月日	りょう ないよう 利用した内容	ばしょ 場所
ねん がつ にち 年 月 日		
ねん がつ にち 年 月 日		
ねん がつ にち 年 月 日		
ねん がつ にち 年 月 日		
ねん がつ にち 年 月 日		
ねん がつ にち 年 月 日		
ねん がつ にち 年 月 日		



しんさつ ほうもん  
診察や訪問のときに書いてもらいましょう。

## 早期新生児【生まれてから1週間まで】のけいか

にち 日れい [生まれた ひ つぎの日から かぞえ 数えた日にち]	たいじゅう 体重	ほにゅうりょく 哺乳力 [母乳やミルクをすっての ちから]	おうだん 黄疸 [皮ふが黄色くなる]	
にち 日	g	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 弱い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 強い	
にち 日	g	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 弱い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 強い	
ビタミンK <sub>2</sub> シロップ [出血しにくくするためのシロップ]を飲ませる		じっしう 実施日	かいめ 1回目 2回目	ねん 年 がつ 月 にち 日
生まれた時またはその後の異常		□なし □あり (赤ちゃんへの手当: )		

■その他

## 退院時の記録

ねん  
年  
がつ  
月  
にち  
き  
さ  
き  
ろ  
く  
日記録

にち 日れい	たいじゅう 体重	えいようのとりかた
にち 日	g	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 母乳とミルクの両方 <input type="checkbox"/> ミルク

■引きつづき かんさつが必要なこと

■病院の名前 または たんとう者の名前・電話

## 後期新生児期【生まれてから1~4週】のけいか

にち 日れい	たいじゅう 体重	ほにゅうりょく 哺乳力	えいようのとりかた
にち 日	g	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 弱い	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 母乳とミルクの両方 <input type="checkbox"/> ミルク

■とくに書いておくべきこと

■病院の名前 または たんとう者の名前

にち 日	g	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 弱い	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 母乳とミルクの両方 <input type="checkbox"/> ミルク
---------	---	--	---

■とくに書いておくべきこと

■病院の名前 または たんとう者の名前



しんさつ ほうもん  
診察や訪問のときに書いてもらいましょう。

## 新生児訪問指導の記録【生まれてから1か月までの赤ちゃんの様子】

にち 日れい	にち 日	ねん 年 がつ 月 にち き さ き ろ く 日記録		
たいじゅう 体重	しんちょう 身長	きょう 胸囲 むね [胸のまわり]	とうい 頭囲 あたま [頭のまわり]	えいようのとりかた
g	cm	cm	cm	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 母乳とミルクの両方 <input type="checkbox"/> ミルク

■とくに書いておくべきこと

■病院の名前 または たんとう者の名前



医師や助産師に書いてもらいましょう。

## 検査の記録

いし 医師や じょさん 助産師が けんさ けつか せつめい 検査結果を説明します。 あなたや 父親が 検査結果を書いてもいいと言ってから、書くことになっています。	けんさ 検査こうもく	けんさ ねんがつ び 検査年月日	き にゅう 記入らん (結果・おこなったことなど)
せんてん 先天性代謝異常などの検査 [栄養をからだの中に取り入れる はたらきを調べる検査]	1 度 ど め	ねん 年 がつ 月 にち 日	右 き いじょう 異常なし もう一度 検査が必要
しんせい 新生児聴覚検査 [赤ちゃんの耳のきこえの検査] (自動ABR・OAE)	2 度 ど め	ねん 年 がつ 月 にち 日	左 ひだり いじょう 異常なし もう一度 検査が必要
せんてん 先天性 サイトメガロウイルス検査 [サイトメガロウイルスに弱い] [サイトメガロウイルスに強い]	右 き いじょう 異常なし くわしい 検査が必要	ねん 年 がつ 月 にち 日	左 ひだり いじょう 異常なし くわしい 検査が必要

メモ



あなたや 父親や 子育てを 手伝っている人が 書きましょう。

2  
の こ ろ

あか 赤ちゃんの様子【生まれて 2週間のころ】

ねん 年 がつ 月 にち  
きろく 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



ねかせるときは、あお向に ねかせていますか。

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

あなたの ねむりで こまっていることは ありますか。

いいえ  はい

子育てについて きがるに 相談できる人は いますか。

はい  いいえ

子育てについて 心配なことや こまっていることは ありますか。

いいえ  はい  
 何ともいえない

赤ちゃんの 成長の様子、子育ての心配、かかった病気、感想を 書きましょう。



妊娠について なやんでいることや、出産・育児で こまっていることがある方は、  
住んでいる市町村の こども家庭センター、病院や医院などに きがるに 相談しましょう。



あなたや 父親や 子育てを 手伝っている人が 書きましょう。

切りとて  
うんちに近づけて  
いろみ  
色を見ます

うんちの色の記録

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 見くらべて 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  
近くなつた



どちらかが あてはまるときは、胆道閉鎖症  
[胆管という管がつまる病気] かも しれません。



すぐに 病院で 診察を 受けてください。

うんちの色を 書くところ (見た日と あてはまる 色の番号)

たしか 確かめる ころ	み 見 た 日	いろ 色 の 番 号
生後 2週	ねん 年 がつ 月 にち 日	1 番
生後 1か月	ねん 年 がつ 月 にち 日	2 番
生後 1～4か月	ねん 年 がつ 月 にち 日	3 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 すぎても 皮ふや 白目 [目の中の白い部分] が  
黄色いとき、おしっこが こい 黄色の ときにも、  
すぐに 医師などに 相談しましょう。





あなたや 父親や 子育てを 手伝っている人が 書きましょう。

1  
か月  
の こころ

あか 赤ちゃんの様子【1か月のこころ】

ねん 年 がつ 月 にち きろく 日記録

はだかに すると 手足を よく 動かしますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
お乳(母乳・ミルク)を よく 飲みますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
大きな音が すると、ビクッと 手足を のばしたり、泣き出すことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
おへそは かわいていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ねかせるときは、あおむけに ねかせていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
あなたの ねむりで こまっていることは ありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
子育てについて きがるに 相談できる人は いますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
子育てについて 心配なことや こまっていることは ありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> なん <input type="checkbox"/> 何ともいえない
あか 赤ちゃんの 成長の様子、子育ての心配、かかった病気、感想を 書きましょう。	



このページは 病院、こども家庭センターなどで  
あか 赤ちゃんの成長を みるときに 使用します。ていねいに 書いてください。  
気になることが あれば、医師や 保健師に 相談しましょう。

予防接種は 生後2か月から はじめます。

予防接種の スケジュールを 見て おきましょう。9か月までに 受ける 予防接種の 種類です。

● 小児肺炎球菌 ● B型肝炎 ● ロタウイルス

● 5種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・Hib) ● BCG

スケジュールは P.63 に のせています



けんこうしんさ 健康診査のときに 書いてもらいましょう。

1か月児 健康診査

ねん 年 がつ 月 にち きろく 日記録

たいじゅう 体重	g	しんちょう 身長	cm	とうい 頭囲	cm
えいよう状態				<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> しどう 指導が必要	
えいようの 取りかた				<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 母乳とミルクの両方 <input type="checkbox"/> ミルク	
<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要					

■とくに 書いておくべきこと

■ 病院の名前 または たんとう者の名前

つぎの 健康診査までの 記録

じたく しんちょう たいじゅう か  
自宅で はかった 身長・体重も 書きましょう。

ねんがつ び 年月日	げつれい 月齢	たいじゅう 体重	しんちょう 身長	き 気になること	びょういん なまえ 病院の名前 または しゃ なまえ たんとう者の名前
	か月	g	cm		
	か月	g	cm		
	か月	g	cm		



あなたや 父親や 子育てを 手伝っている人が 書きましょう。

2  
か月  
の こ ろ

あか 赤ちゃんの様子【2か月のころ】

ねん 年 がつ 月 にち きろく 日記録

お乳を よく 飲みますか。

はい  いいえ



めの前の ものが 動くと、目で 追って 見ますか。

はい  いいえ

ねかせるとときは、あお向に  
ねかせていますか。



はい  いいえ

レ ど う し ゃ 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

あなたの ねむりで こまっていることは ありますか。

いいえ  はい

こ そ だ 子育てについて きがるに そ う だ な ひと 相談できる人は い ま す か。

はい  いいえ

こ そ だ 子育てについて 心配なことや こまっていることは ありますか。

いいえ  はい  
 何ともいえない

あか 赤ちゃんの 成長の様子、子育ての心配、かかった病気、感想を 書きましょう。

乳  
児  
じ



けんこうしんさ 健康診査のときに 書いてもらいましょう。

2か月児 健康診査

ねん 年 がつ 月 にち きろく 日記録

たいじゆう 体重	g	しんちょう 身長	cm	とうい 頭囲 あたま [頭のまわり]	cm
-------------	---	-------------	----	-----------------------------	----

えいよう状態	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 指導が必要
--------	--

えいようの 取りかた	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 母乳とミルクの両方 <input type="checkbox"/> ミルク
------------	---

<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要
--

■とくに 書いておくべきこと

■病院の名前 または たんとう者の名前

乳  
児  
じ

つぎの 健康診査までの 記録

じたく しんちょう たいじゆう  
自宅で は か つた 身長・体重も 書きましょう。

ねんがつ び 年月日	げつれい 月齢	たいじゆう 体重	しんちょう 身長	き 気になること	びょういん 病院の名前 または しゃ なまえ たんとう者の名前
	か月	g	cm		
	か月	g	cm		
	か月	g	cm		



このページは 病院、こども家庭センターなどで 赤ちゃんの成長を みるときに 使 用 し ま す。  
ていねいに 書いてください。気になることが あれば、医師や 保健師に 相談 し ま し ま す。



あなたや 父親や 子育てを 手伝っている人が 書きましょう。

3~4  
か月  
のこころ

あか 赤ちゃんの様子【3~4か月のこころ】

ねん 年 がつ 月 にち きろく  
日記録

首が すわったのは いつですか。  
(支えなしで 首が ぐらつかない)



がつ 月 にち こころ

あやすと よく笑いますか。

はい  いいえ

め 自つきや 自の動きが おかしいのではないかと 気になりますか。  
1つでも あれば、「はい」に  を つけましょう。

● 黒目が 小きざみに ゆれる



いいえ  はい

● 目が キヨロキヨロ はねるよう うご 動く



● 片目が 内側に よっている



● 左目と 右目が ちがう 動きをする



み 見えない 方向から 声を かけると、  
そちらの方を 見ようと しますか。



はい  いいえ

てん 天気の よいひ日に さんぽして いますか。



はい  いいえ

じどうしゃ の 自動車に 乗るとき、チャイルドシートを  
使しよう していますか。



はい  いいえ

お子さんの ねむりで こまっていることは ありますか。



いいえ  はい

あなたの ねむりで こまっていることは ありますか。

いいえ  はい

こそだてについて きがるに ひと 相談できる人は いますか。

はい  いいえ

こそだてについて 心配なことや こまっていることは ありますか。

いいえ  はい  
 何ともいえない

あか 赤ちゃんの 成長の様子、子育ての心配、かかった病気、感想を 書きましょう。

このページは びょういん 病院、こども かてい 家庭センターなどで あか せいかう 赤ちゃんの成長を みるときに 使います。  
ていねいに 書いてください。気になることが あれば、医師や ほけんし 保健師に 相談しましょう。



けんこうしんさ 健康診査のときに 書いてもらいましょう。

3~4か月 健康診査

ねん 年 がつ 月 にち きろく  
日記録

たいじゅう 体重	g	しんちょう 身長	cm	とうい 頭囲	cm
-------------	---	-------------	----	-----------	----

よい  し どう ひつよう  
指導が必要

えいようの 取りかた

母乳  母乳とミルクの両方  ミルク

こかんせつかいはいせいげん  
股関節開閉制限

あし ひら わるじよさたい  
【脚の開きが 悪い状態】

なし  あり

健康  引きつづき かんさつが ひつよう  
必要

■とくに 書いておくべきこと

びょういん 病院の名前 なまえ または たんとう者の名前 なまえ

つぎの 健康診査までの 記録

じたく 自宅では かかった身長・体重も 書きましょう。

ねんがつ 年月日	げつれい 月齢	たいじゅう 体重	しんちょう 身長	き 気になること	びょういん 病院の名前 なまえ または たんとう者の名前 なまえ
	か月	g	cm		
	か月	g	cm		
	か月	g	cm		



あなたや 父親や 子育てを 手伝っている人が 書きましょう。

6~7  
か月  
のころ

あか 赤ちゃんの様子【6~7か月のころ】

ねん 年 がつ 月 にち 日記録

ねがえりを したのは いつですか。		がつ 月 にち 日ころ
ひとりすわり【ささえなしですわる】を したのは いつですか。		がつ 月 にち 日ころ
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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
あなたや お父さんの声や おもちゃの音が すると、 すぐ そちらを 見ますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
離乳食【やわらかく 食べやすい 食べもの】を はじめましたか。 離乳食をはじめると、1か月ぐらいしたら、1日2回(午前1回と 午後1回)、食べさせます。 たべもの種類も、ふやしていきます。 7、8か月ころから 舌で つぶせる とうふぐらいの やわらかさに します。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
目の中の 黒目が 白く 見えますか、 黄緑色に 光って 見えますか。 「はい」と 答えた人は、 すぐに 眼科医に 相談しましょう。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
お子さんの ねむりで こまっていることは ありますか。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
あなたの ねむりで こまっていることは ありますか。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
子育てについて きがるに 相談できる人は いますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
子育てについて 心配なことや こまっていることは ありますか。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 何ともいえない
あか 赤ちゃんの 成長の様子、 子育ての心配、 かかった病気、 離乳食の心配、 感想を 書きましょう。		

このページは 病院、 こども家庭センターなどで あか 赤ちゃんの成長を みるときに 使用します。  
ていねいに 書いてください。 気になることが あれば、 医師や 保健師に 相談しましょう。



健康診査のときに 書いてもらいましょう。

6~7か月 健康診査

ねん 年 がつ 月 にち 日実施・  
がつ 月 にち 日

たいじゅう 体重	g	しんちょう 身長	cm	とうい 頭囲 あたま [頭のまわり]	cm
えいよう状態			<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 指導が必要		
えいようの 取りかた			<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 母乳とミルクの両方 <input type="checkbox"/> ミルク		
離乳 【少しづつ 固さや 形のある 食べものを 食べさせる】			<input type="checkbox"/> はじめている <input type="checkbox"/> まだ はじめていない		
歯の 本数			( ) 本		
口の中の 病気や 異常 【上の歯と 下の歯が 合わない】			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要					

■とくに 書いておくべきこと

■ 病院の名前 または たんとう者の名前

つぎの 健康診査までの 記録

自宅では かかった身長・体重も 書きましょう。

ねんがつ び 年月日	げつせい 月齢	たいじゅう 体重	しんちょう 身長	き 気になること	びょういん 院の名前 または しゃ なまえ たんとう者の名前
	がつ か月	g	cm		
	がつ か月	g	cm		
	がつ か月	g	cm		



あなたや 父親や 子育てを 手伝っている人が 書きましょう。

9~10  
か月  
のころ

赤ちゃんの様子【9~10か月のころ】

はいはいを したのは いつですか。



か月 にち  
日ころ

つかまり立ちを したのは いつですか。



か月 にち  
日ころ

指で、小さいものを つまみますか。



はい  いいえ

離乳は すすんでいますか。

(食べものを かんで 食べられるようになっていく)

離乳食 [やわらかくて 食べやすい 食べもの] を  
1日3回 食べさせます。

9か月ころから 齒ぐきで つぶせる  
バナナぐらいの かたさにします。



はい  いいえ

見えないように 後ろから そっと 近づいて、  
ささやき声で よびかけると ふり向きますか。



はい  いいえ

あなたや お父さんの後を 追いかけますか。

はい  いいえ

は 齒の生えかた、形、色、歯ぐきなど について、気になることがありますか。

いいえ  はい

ねん 年  
がつ 月  
にち きろく  
日記録

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 ねむりで こまっていることは ありますか。



いいえ  はい

あなたの ねむりで こまっていることは ありますか。

いいえ  はい

子育てについて きがるに 相談できるひと は いますか。

はい  いいえ

子育てについて 心配なことや こまっていることは ありますか。

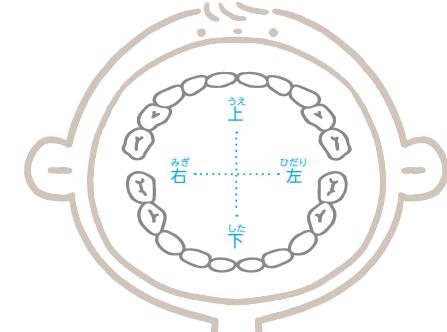
いいえ  はい  
 なん 何ともいえない

赤ちゃんの 成長の様子、子育ての心配、かかった病気、離乳食 の心配、感想を 書きましょう。

は 齒の生えた 月日を 右の図に 書きましょう。

は 生えはじめ： か月

むし歯など 齒の異常に 気づいたら  
右の図に ×を つけておきましょう。



は 生えてきた歯を ぬれたガーゼや  
歯ブラシを 使って みがいて みましょう。

このページは 病院、こども家庭センターなどで 赤ちゃんの成長を みるときに 使用します。  
ていねいに 書いてください。気になることが あれば、医師や 保健師に 相談しましょう。



健康診査のときに書いてもらいましょう。

## 9~10か月 健康診査

ねん 年 がつ 月 にちじつし 日実施・ げつ か月 にち 日

たいじゅう 体重	g	しんちょう 身長	cm	とうい 頭囲 あたま [頭のまわり]	cm
えいよう状態 じょうたい	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 指導が必要 しどうひつよう	離乳食 りにゅうしょく [やわらかくて食べやすい食べもの]	1日 ( ) 回		
はの本数 ほんすう	( ) ほん	くちなか ひょうき いじょう 口の中の病気や異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
□ 健康 <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要 ひつよう					
■とくに書いておくべきこと			■病院の名前 または たんとう者の名前 びょういん なまえ または たんとうしゃ なまえ		

乳児  
りゆう  
きじ

## つぎの 健康診査までの記録

自宅ではかった身長・体重も書きましょう。

ねんがつ 年月日	げつれい 月齢	たいじゅう 体重	しんちょう 身長	き気になること	びょういん 病院の名前 または たんとう者の名前
	か月 かづ	g	cm		
	か月 かづ	g	cm		
	か月 かづ	g	cm		



1歳のお誕生日がくるまでに受けた、予防接種をチェックしましょう。

受けているものに  をつけましょう。

- 小児肺炎球菌  B型肝炎  ロタウイルス
- 5種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・Hib)  BCG

## ようじ 幼児



1歳児 健康診査までにあなたや父親や子育てを手伝っている人が書きましょう。

1歳  
のこ

## 子どもの様子【1歳のころ】

ねん 年 がつ 月 にち 日記録

ねん 年 がつ 月 にち さい 1歳になりました。お子さんにむけて誕生日のメッセージを書きましょう。  
[ ]

つたいつ歩き (ものにつかまって歩く) をしたのはいつですか。



がつ 月 にち 日ころ

バイバイ、コンニチハなどの身ぶりをしますか。

□ はい □ いいえ

おんがく 音楽に合わせて、からだをたのうごに動かしますか。

□ はい □ いいえ

おとなの言うかんたんのことば「おいで」「ちょうどい」などがわかりますか。

□ はい □ いいえ

部屋のはなれたところにあるおもちゃを指さすと、おもちゃの方向をみますか。



□ はい □ いいえ

どんな遊びがすきですか。よく遊んでいる遊びを書きましょう。

( )

1日3回、決められた時間に食事をしますか。  
食よくがくならないように、むし歯にならないように、さとうが入った飲み物や食べものをひかえましょう。

□ はい □ いいえ

は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

お子さんのねむりでこまっていることはありますか。



□ いいえ □ はい

あなたのねむりでこまっていることはありますか。

□ いいえ □ はい

子育てについてきがるに相談できる人はいますか。

□ はい □ いいえ

子育てについて心配なことやこまってい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、子育ての心配、かかった病気、感想を書きましょう。



このページは病院、こども家庭センターなどで赤ちゃんの成長をみるときに使用します。  
ていねいに書いてください。気になることがあれば、医師や保健師に相談しましょう。



健康診査のときに書いてもらいましょう。

## 1歳児 健康診査

ねん 年 がつ 月 にじじし ひじ さい 蔵 か月

たいじゅう 体重	g		しんちゅう 身長	cm	とう い 頭囲 あたま [頭のまわり]	cm						
えいよう状態	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 指導が必要		母乳	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる								
1日の食事とおやつ	食事 ( ) 回 おやつ ( ) 回		めのいじょう 眼位 [黒目の向き] ・その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない								
<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要												
しんさつび 診察日	ねん 年	がつ 月	にち 日	ちりょう 治療のいる むし歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 本 )							
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	は 歯の よごれ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 少ない・多い )	
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	は 歯ぐき・口の中	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
										あ かみ合わせ	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要	
										は 歯の形・色	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ( )	

■とくに書いておくべきこと

■病院の名前 または たんとう者の名前

## つぎの 健康診査までの 記録

じたくで はかった 身長・体重も 書きましょう。

■気になること

なんがつ 年月日	なんねい 年齢	たいじゅう 体重	しんちゅう 身長
さい 歳	kg	cm	■病院の名前 または たんとう者の名前



1歳6か月児 健康診査までに あなたや 父親や 子育てを 手伝っている人が 書きましょう。

1  
さい  
6か月  
のころ

## 子どもの様子【1歳6か月のころ】

ねん 年 がつ 月 にち きろく

ある  
ひとり歩きを したのは  
いつですか。



がつ  
月 にち  
日 ころ

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 もって水を 飲めますか。

□ はい □ いいえ

哺乳瓶を 使っていますか。

いつまでも 哺乳瓶を 使っていると、むし歯になりやすいです。  
やめるように しましょう。

□ はい □ いいえ

食事や 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。

( 子どもが 自分で 歯みがきを したあとに、  
おとなが みがいて きれいに してあげる )



□ はい □ いいえ

次のどれか 1つでも 「はい」 が ついたら 眼科医に 相談しましょう。



□ いいえ □ はい

● ものを 見るとき に 目を 締める。



□ いいえ □ はい

● ものを 見るとき に 首を かたむける。



□ いいえ □ はい

うしろから  
名前を よんだとき、  
ふり向きますか。

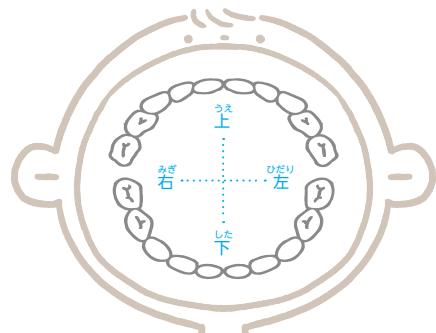


□ はい □ いいえ



1歳6か月児 健康診査までにあなたや父親や子育てを手伝っている人が書きましょう。

## 子どもの様子【1歳6か月のころ】

どんな遊びがすきですか。よく遊んでいる遊びを書きましょう。 ( )	
虫歯になりにくくするフッ素を歯にぬっていますか、 フッ素が入った歯みがき剤を使っていますか。  	
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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
お子さんのねむりでこまっていることはありますか。  	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
あなたのねむりでこまっていることはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
子育てについてきがるに相談できる人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
子育てについて心配なことやこまっていることはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 何ともいえない
子どもの成長の様子、子育ての心配、かかった病気、感想を書きましょう。	むし歯など歯の異常に気づいたら 右の図に×をつけておきましょう。  

このページは病院、こども家庭センターなどで赤ちゃんの成長をみるときに使用します。ていねいに書いてください。気になることがあれば、医師や保健師に相談しましょう。



1歳6か月児 健康診査はからず受けましょう。すべての市区町村で行われています。

## 1歳6か月 健康診査

たいじゅう 体重	kg	しんちょう 身長	cm	とうい 頭囲	あたま [頭のまわり]	cm	
えいよう 状態	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> どう <input type="checkbox"/> 指導が必要	ぼのゆう 母乳	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる	りにゆう 離乳	かたち [形や固さのある 食べものをかんで食べる]	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まだできない	
めいじょう 目の異常	眼位 [黒目の向き]・ 視力 [自分でものを見る力]・その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない ( )					
みみいじょう 耳の異常	難聴 [音が聞こえにくい]・その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない ( )					
よほうせっしゅ 予防接種	受けているものに <input type="checkbox"/> を記載する。	しょうにはいえんきゅうきん 小児肺炎球菌	□ B型肝炎	ビーガたかんえん B型肝炎	□ 口タウイルス		
		じょこんごう 5種混合 (ジフェリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib)	ひやくにち はしょうふう	はしょうふう Hib)	□ 麻疹	□ 風疹	
けんこう 健康	□ 引きつづき かんさつが必要	ひつよう ひつよう	けんご くわい	ひつよう ひつよう	ねん 年	がつ 月	にち 日
しんさつび 診察日	ねん 年	がつ 月	にち 日	ちりょう 治療が 必要な むし歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	ほん 本	
E	D	C	B	A	A	は 歯のよごれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (少くない・多い)
E	D	C	B	A	A	は 歯ぐき・口の中	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ( )
						か かんだときの 上 下の歯の合い方	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要
						は 歯の形・色	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ( )

むし歯の罹患型 [むし歯のあるなしと、むし歯のある位置をしめす記号] むし歯なし・歯もきれい: O  
むし歯なし・歯のよごれが多い: O  
むし歯なし・歯のよごれが多い: O  
奥歯または前歯にむし歯: A  
奥歯と上の歯の前歯にむし歯: B  
したあごの前歯にもむし歯: C

■とくに書いておくべきこと

■病院の名前 または たんとう者の名前

## つぎの健康診査までの記録

自宅ではかった身長・体重も書きましょう。

■気になること

ねんがつ 年月日	ねんねい 年齢	たいじゅう 体重	しんちょう 身長
	さい 歳	kg	cm

■病院の名前 または たんとう者の名前



2歳児 健康診査までにあなたや父親や子育てを手伝っている人が書きましょう。

2歳  
のころ

## 子どもの様子【2歳のころ】

年    月    にち    さい 2歳になりました。お子さんにむけて誕生日のメッセージを書きましょう。

[

]

走ることができますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
スプーンを使って自分で食べますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
つみ木を塔のようにつんで遊びますか、 つみ木を横にならべて遊びますか、 電車のよにして遊びますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
テレビや大人の身ぶりのまねをしますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2語文「わんわんきた」「ままちょうどい」などを言いますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
肉やせんいのあるやさい(豆やいも、ごぼうやセロリ、アスパラガス、キャベツ、はくさいなど)を食べますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 (子どもが自分で歯みがきをしたあとに、おとながみがいてきれいにしてあげる)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

幼  
児

ねん  
年  
がつ  
月  
にち  
きろく  
日記録

どんな遊びが好きですか。よく遊んでいる遊びを書きましょう。

(

)

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。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
お子さんのねむりでこまっていることはありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
あなたのねむりでこまっていることはありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
子育てについてきがるに相談できる人はいますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
子育てについて心配したことやこまっていることはありますか。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> なん <input type="checkbox"/> 何ともいえない
子どもの成長の様子、子育ての心配、かかった病気、感想を書きましょう。		

このページは病院、こども家庭センターなどで赤ちゃんの成長をみるときに使用します。  
ていねいに書いてください。気になることがあれば、医師や保健師に相談しましょう。

39

40



けんこうしんさ  
健康診査のときに書いてもらいましょう。

## 2歳児 健康診査

ねん  
年  
がつ  
月  
にちじつし  
日実施・  
さい  
歳  
げつ  
か月

たいじゅう 体重	kg	しんちょう 身長	cm	とうい 頭囲	あたま [頭のまわり]	cm	
じょうたい えいよう状態		<input type="checkbox"/> ふとりぎみ <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やせぎみ					
めいじょう 目の異常		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない ( )					
みみ 耳の異常		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない ( )					
<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要							
しんさつび 診察日	ねん 年	がつ 月	にち 日	ちりょう 治療のいる むし歯	ぱ □なし <input type="checkbox"/> あり ( ほん 本)		
E	D	C	B	A	A	は 歯のよごれ	□なし <input type="checkbox"/> あり ( すくない・ 多い)
E	D	C	B	A	A	は 歯ぐき・口の中	□異常なし <input type="checkbox"/> あり ( )
かんだときの 上 下の歯の合いか							□よい □引きつづき かんさつが必要
は 歯の形・色							□異常なし <input type="checkbox"/> あり ( )

むし歯の罹患型 [むし歯のあるなしと、むし歯のある位置をしめす記号] むし歯なし・歯もきれい: ○  
むし歯なし・歯のよごれが多い: ○  
奥歯または前歯にむし歯: A  
奥歯と上の歯の前歯にむし歯: B  
下の歯の前歯にもむし歯: C

■とくに書いておくべきこと

■病院の名前 または たんとう者の名前

## つぎの 健康診査までの 記録

じたく はかた しんちょう たいじゅう か  
自宅ではかたった身長・体重も書きましょう。

■気になること

ねんがつ 年月日	ねん齢 年齢	たいじゅう 体重	しんちょう 身長
	歳	kg	cm

■病院の名前 または たんとう者の名前



3歳児 健康診査までにあなたや 父親や 子育てを 手伝っている人が 書きましょう。

3歳  
のこころ

## 子どもの様子【3歳のこころ】

ねん  
年  
がつ  
月  
にち  
日  
記録

ねん  
年  
がつ  
月  
にち  
日  
3歳になりました。お子さんにむけて誕生日のメッセージを書きましょう。  
[ ]

て  
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)を描きますか。



はい  いいえ

ひとりで服を着たりぬいだりしたがりますか。

はい  いいえ

自分の名前が言えますか。

はい  いいえ

歯みがきや手あらいを自分でしていますか。

はい  いいえ

歯の仕上げみがきをしてあげていますか。

(子どもが自分で歯みがきをしたあとに、  
おとながみがいてきれいにしてあげる)



はい  いいえ

いつもよくかんで食べますか。

はい  いいえ

しゃし  
斜視 [右眼と左眼の視線が合わない状態] はありますか。



いいえ  はい

ものを見るとき目を細めますか、  
とても近づけて見ますか。



いいえ  はい

みみ  
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 [かんだ時の上と下の歯の合いかた] や歯のならびかたで、  
気になることがありますか。

いいえ  はい



3歳児 健康診査までにあなたや父親や子育てを手伝っている人が書きましょう。

## 子どもの様子【3歳のころ】

虫歯になりにくくするフッ素を歯にぬっていますか、フッ素の入った歯みがき剤を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
落ち着きがないとおもいますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
お子さんのねむりでこまっていることはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
あなたのねむりでこまっていることはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
子育てについてきがるに相談できる人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
子育てについて心配なことやこまっていることはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 何ともいえない
子どもの成長の様子、子育ての心配、かかった病気、感想を書きましょう。	

このページは病院、こども家庭センターなどで赤ちゃんの成長をみるときに使用します。気になることがあれば、医師や保健師に相談しましょう。



3歳児 健康診査はかならず受けましょう。すべての市区町村で行われています。

## 3歳児 健康診査

年 月 日実施・歳 月

体重	kg	身長	cm	えいよう状態	<input type="checkbox"/> ふとりぎみ <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やせぎみ	
目の異常	眼位【黒目の向き】・視力【自分でものを見る力】・その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない( )				
屈折検査	【目の見えたかたの異常を調べる検査】	<input type="checkbox"/> まだしていない <input type="checkbox"/> した(異常なし・異常あり・わからない)			<input type="checkbox"/> できない	
耳の異常	難聴【音が聞こえにくい】・その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない( )				
予防接種	受けているものに☑を記載する。	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 口タウイルス <input type="checkbox"/> 5種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・Hib) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎				
健康	引きづきかんさつが必要	<input type="checkbox"/> くわしい検査が必要( 年 月 日)				
診察日	年 月 日	治療が必要なむし歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 本)			
E	D	C	B	A	は 歯のよごれ は 歯ぐき・口の中 E	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 少ない・多い)
E	D	C	B	A	か かんだときの 上 下の歯の合い方 は 歯の形・色	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり( )
●むし歯の罹患型 [むし歯のあるなしと、むし歯のある位置をしめす記号] 奥歯と上の歯の前歯がむし歯: B 下の歯の前歯がむし歯: C <sub>1</sub> 下の歯の前歯やそのほかにむし歯: C <sub>2</sub>						<input type="checkbox"/> むし歯なし: ○ <input type="checkbox"/> 奥歯または前歯がむし歯: A
■とくに書いておくべきこと						■病院の名前またはたんとう者の名前

## つぎの健康診査までの記録

じたく  
自宅ではかった身長・体重も書きましょう。

■気になること

年月日	年齢	体重	身長
	歳	kg	cm

■病院の名前またはたんとう者の名前



4歳児 健康診査までにあなたや父親や子育てを手伝っている人が書きましょう。

4歳  
のころ

子どもの様子【4歳のころ】

ねん  
年 がつ  
月 にち  
日記録

ねん  
年 がつ  
月 にち  
日 4歳になりました。お子さんにむけて誕生日のメッセージを書きましょう。

階段の2、3段目の高さからとびおりるようなことをしますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自分がしたことをお母さんやお父さんに話しますか。 (たとえば、保育所や幼稚園でしたことや友だちと遊んだことなど)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
お手本を見て十字が描けますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はさみを上手に使えますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ひとりで服を着たりぬいだりできますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
友だちと、ままごと、ヒーローごっこなどのごっこ遊びをしますか。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
歯みがきやぶくぶくうがいや手あらいをしますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
歯の仕上げみがきをしてあげていますか。(子どもが自分で歯みがきをしたあとに、おとながみがいてきれいにしてあげる)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
食べもののすきらいはありますか。きらいな食べものがあれば書いてください。 ( )		
おしつこがひとりでできますか。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
お子さんのねむりでこまっていることはありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
あなたのねむりでこまっていることはありますか。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
子育てについてきがるに相談できる人はいますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
子育てについて心配なことやこまっていることはありますか。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 何ともいえない
子どもの成長の様子、子育ての心配、かかった病気、感想を書きましょう。		

このページは病院、こども家庭センターなどで赤ちゃんの成長をみるときに使用します。ていねいに書いてください。気になることがあれば、医師や保健師に相談しましょう。



健康診査のときに書いてもらいましょう。

4歳  
のころ

4歳児 健康診査

ねん  
年 がつ  
月 にち  
日実施・  
さい  
歳  
か月

たいじゅう 体重	kg	しんちょう 身長	cm	えいよう状態	<input type="checkbox"/> ふとりぎみ <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やせぎみ
めいじょう 目の異常	がんい 眼位 [黒目の向き]・ 視力 [目でものを見る力] 右 ( ) 左 ( ) ・その他	ひだり ( ) たの みぎ ( ) さか		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない ( )	
みみ 耳の異常	なんじょう 難聴 [音が聞こえにくい]・その他	さか ( ) たの みぎ ( ) ひだり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない ( )	
□ 健康	□ 引きづき かんさつが必要	ひつよう けんさ	ひつよう ひつよう	□ くわしい検査が必要 ( )	
しんさつ 診察日	ねん 年 がつ 月 にち 日	ちりょう 治療が 必要な むし歯	ば	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ほん 本 )	
E D C B A A B C D E		は 歯のよごれ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( すく 少ない・多い )	
E D C B A A B C D E		は 歯ぐき・ 粘膜 [□のうちがわ]		<input type="checkbox"/> いじょう 異常なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
E D C B A A B C D E		は かんだときの じょうげ は 上 下の歯の合い方		<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 引きづき かんさつが必要	
E D C B A A B C D E		は かたちいろ 歯の形・色		<input type="checkbox"/> いじょう 異常なし <input type="checkbox"/> あり ( )	

■とくに書いておくべきこと

■病院の名前またはたんとう者の名前

つぎの健康診査までの記録

じたく  
自宅ではかった身長・体重も書きましょう。

■気になること

ねんが 年月日	ねんれい 年齢	たいじゅう 体重	しんちょう 身長
	さい 歳	kg	cm

■病院の名前またはたんとう者の名前



5歳児 健康診査までにあなたや父親や子育てを手伝っている人が書きましょう。

5歳  
のころ

## 子どもの様子【5歳のころ】

ねん  
年 がつ  
月 にち  
日記録

ねん  
年 がつ  
月 にち  
日 5歳になりました。お子さんにむけて誕生日のメッセージを書きましょう。



かたしで 5秒以上、立つことができますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ジャンケンの勝ち負けがわかりますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
色(赤、黄、緑、青)がわかりますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はっきりした発音で話ができますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ひとりでうんちができますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
幼稚園、保育所などの集団生活で、毎日楽しくすごしていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
家族といっしょに食事を食べていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
歯の仕上げみがきをしてあげていますか。(子どもが自分で歯みがきをしたあとに、おとながみがいてきれいにしてあげる)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
いつも指しゃぶりをしていますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
お子さんのねむりでこまっていることはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
あなたのねむりでこまっていることはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
子育てについてきがるに相談できる人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
子育てについて心配なことやこまっていることはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> なん <input type="checkbox"/> 何ともいえない
子どもの成長の様子、子育ての心配、かかった病気、感想を書きましょう。	

このページは病院、こども家庭センターなどで赤ちゃんの成長をみるときに使用します。ていねいに書いてください。気になることがあれば、医師や保健師に相談しましょう。



健康診査のときに書いてもらいましょう。

## 5歳児 健康診査

ねん  
年 がつ  
月 にち  
日実施・  
さい  
歳  
か月

たいじゅう  
体重 kg しんちょう  
身長 cm えいよう状態

めの異常 眼窓 [黒目の向き]・  
視力 [目でものを見る力] 右 ( ) 左 ( ) その他 ( )

みみ  
耳の異常 難聴 [音が聞こえにくい]・その他 ( )

健康  引きつづき かんさつが必要  くわしい検査が必要 (ねん 年 がつ にち 日)

しんさつ  
診察日 ねん  
年 がつ  
月 にち  
日

は  
歯のよごれ  なし  あり (少くない・多い)

は  
歯ぐき・  
粘膜 [□のうちがわ]  異常なし  あり ( )

かんだときの  
上下的  
歯の合い方  よい  引きつづき かんさつが必要

は  
歯の口腔 [□の中] の  
病気や異常  異常なし  あり ( )

は  
歯の形・色  異常なし  あり ( )

■とくに書いておくべきこと

■病院の名前 または たんとう者の名前

## つぎの健康診査までの記録

じたく  
自宅ではかった身長・体重も書きましょう。

■気になること

ねんがつ 年月日	ねんねい 年齢	たいじゅう 体重	しんちょう 身長
	さい 歳	kg	cm

■病院の名前 または たんとう者の名前



6歳児 健康診査までにあなたや父親や子育てを手伝っている人が書きましょう。

6歳  
のころ

## 子どもの様子【6歳のころ】

ねん  
年 がつ  
月 にち  
日記録

ねん  
年 がつ  
月 にち  
日 6歳になりました。お子さんにむけて誕生日のメッセージを書きましょう。

四角の形をまねて、描けますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自分の「前と後」「左と右」がだいたいわかりますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ひらがなで自分の名前を読んだり、書いたりできますか。	
おもちゃやおかしなどがほしくてもがまんできるようになりましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やくそくやルールを守って遊べますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
第一大臼歯（おとなの歯のおく歯）は生えましたか。	
歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 (子どもが自分で歯みがきをしたあとに、おとながみがいてきれいにしてあげる)	
朝ごはんを毎日食べますか。	
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。	
お子さんのねむりでこまっていることはありますか。	
あなたのねむりでこまっていることはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
子育てについてきがるに相談できる人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
子育てについて心配なことやこまっていることはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 何ともいえない
子どもの成長の様子、子育ての心配、かかった病気、感想を書きましょう。	



このページは病院、こども家庭センターなどで赤ちゃんの成長をみるときに使用します。ていねいに書いてください。気になることがあれば、医師や保健師に相談しましょう。



健康診査のときに書いてもらいましょう。

幼  
児

## 6歳児 健康診査

ねん  
年 がつ  
月 にち  
日実施・  
歳  
月

年齢	kg	身長	cm	えいよう状態	<input type="checkbox"/> ふとりぎみ <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やせぎみ
めの異常 視力[目でものを見る力]右( )・左( )・その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない( )				
耳の異常 難聴[音が聞こえにくい]・その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない( )				
予防接種 受けているものに ☑を記載する。	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 口タウイルス <input type="checkbox"/> 5種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・Hib) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 白本脳炎				
健康	<input type="checkbox"/> 引きづき かんさつが必要	<input type="checkbox"/> くわしい検査が必要	<input type="checkbox"/> けんさひつよう(年月日)		
診察日	ねん 年 月 日	ちりょう 治療が 必要な むし歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり にゅうし 乳歯[こどもの歯]( えいきょうし おとな は 永久歯[大人の歯]( ほん ほん 本 本)		
歯のよごれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(少くない・多い)	かんだときの 上の歯と 下の歯の 合い方	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 引きづき かんさつが必要		
歯ぐき・ 粘膜[のうちがわ]	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり( )	歯の口腔[のなか] の病気や異常	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり( )		
6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 E D C B A A B C D E E D C B A A B C D E	6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6	は かたち の形・色	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり( )		

■とくに書いておくべきこと

■病院の名前またはたんとう者の名前

## つぎの健康診査までの記録

自宅ではかった身長・体重も書きましょう。

■気になること

年月日	年齢	年齢	年齢
ねん 年 月 日	ねん 年 月 日	たいじゅう 年齢	しんじょう 年齢

■病院の名前またはたんとう者の名前

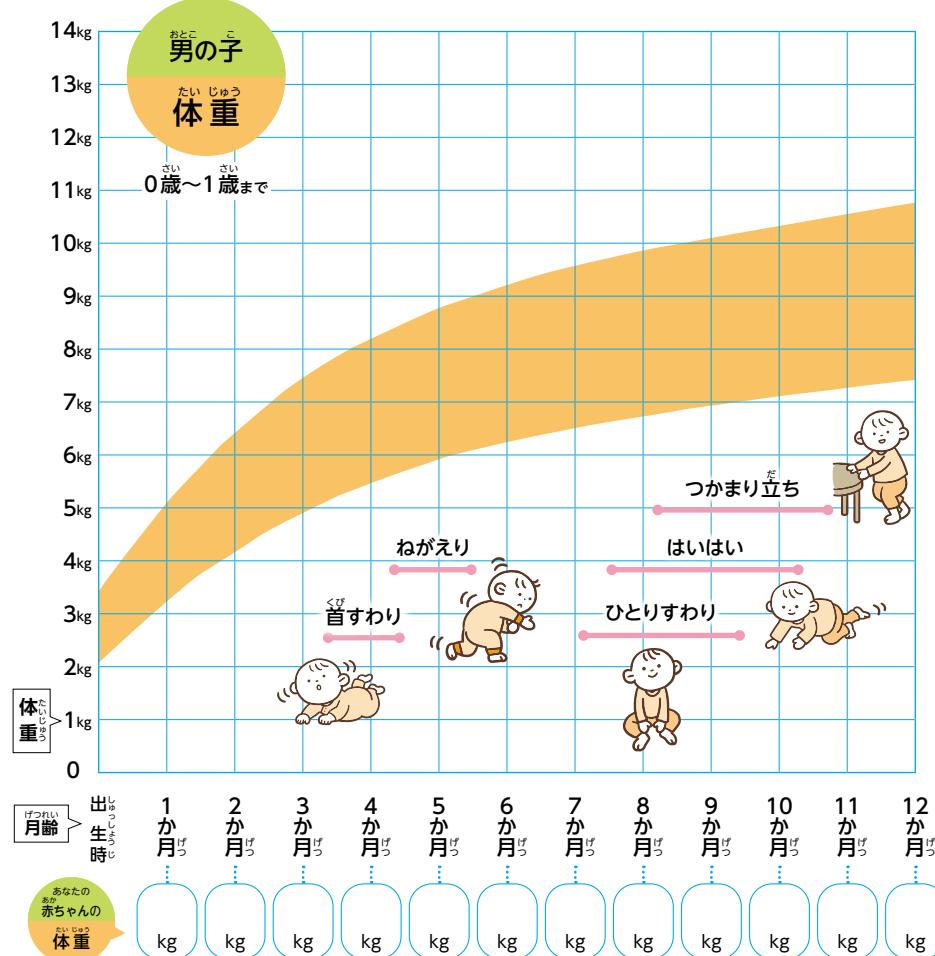


赤ちゃんの体重を、はかった月齢に書きましょう。グラフに印(●)をつけましょう。

男の子

赤ちゃんのからだの成長を表す曲線&lt;0歳~1歳まで&gt;

グラフのオレンジ色の部分は、多くの赤ちゃんの体重のふえかたをあらわします。  
あなたの赤ちゃんの印(●)がオレンジ色の中に入れるかどうかを見てください。



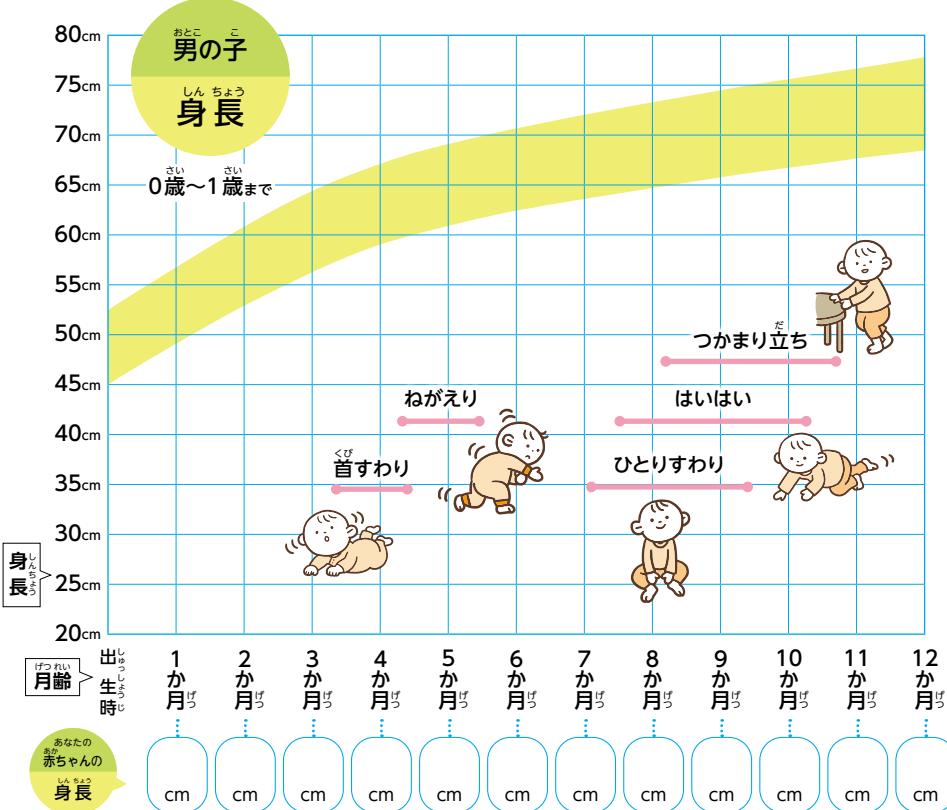
オレンジ色やきみどり色のなかに印(●)が入らなくても、今すぐに異常ではありません。  
心配なときは、医師や保健師や助産師に相談しましょう。



赤ちゃんの身長を、はかった月齢に書きましょう。グラフに印(●)をつけましょう。

令和5年調査 (出典) こども家庭令和5年乳幼児身体発育調査報告

グラフのきみどり色の部分は、多くの赤ちゃんの身長のびかたをあらわします。  
あなたの赤ちゃんの印(●)がきみどり色の中に入れるかどうかを見てください。



ピンクの線(—)と絵は、多くの赤ちゃんが  
くび首すわり・ねがえり・ひとりすわり・はいはい・つかまり立ちが、  
できるようになる月をあらわします。

例 くび首すわりは、  
3か月のはじめころ～4か月のはじめころに、できます。

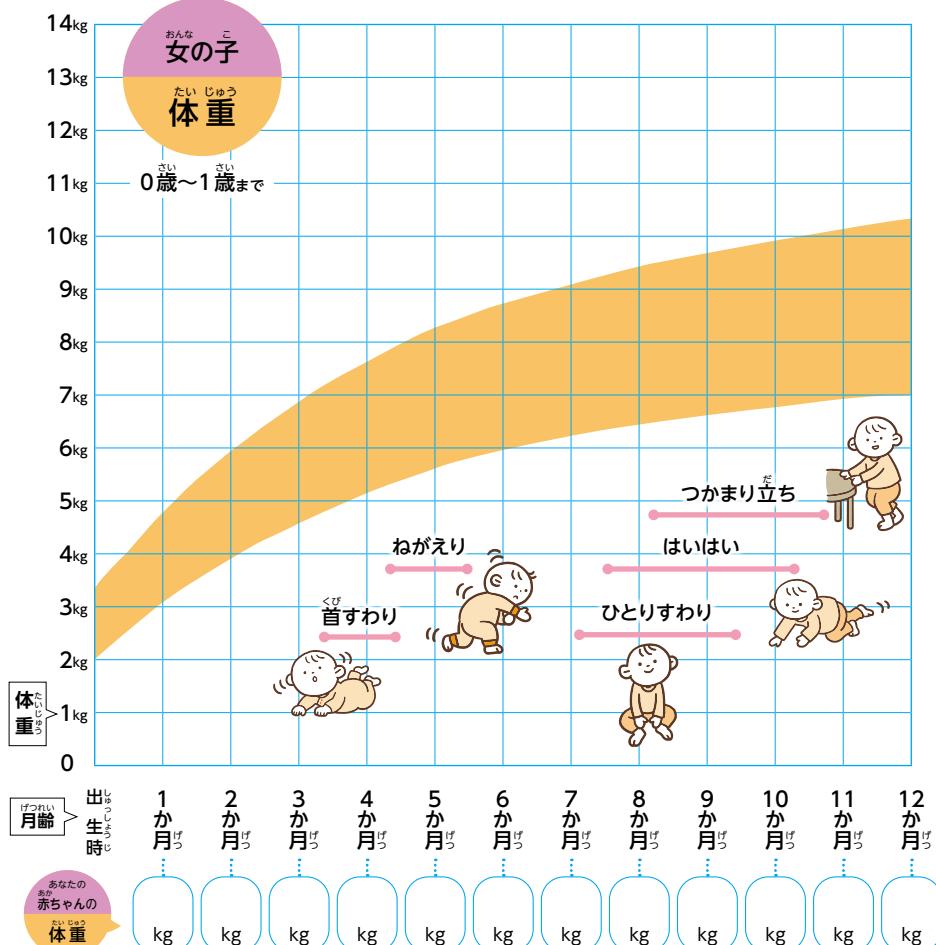
あなたの赤ちゃんができるようになった月日を書きましょう。ピンクの線に印(●)をつけましょう。

くび首すわり	ねがえり	ひとりすわり	はいはい	つかまり立ち
か月 日	か月 日	か月 日	か月 日	か月 日

あか 赤ちゃんの たいじゅう 月齢に か 書きましょう。グラフに 印 (●) を つけましょう。

## おんな 女の子 赤ちゃんの からだの 成長を 表す 曲線 <0歳~1歳まで>

グラフの オレンジ色の 部分は、多くの赤ちゃんの 体重の ふえかたを あらわします。  
あなたの赤ちゃんの 印 (●) が オレンジ色の中に入れるかどうかを 見てください。

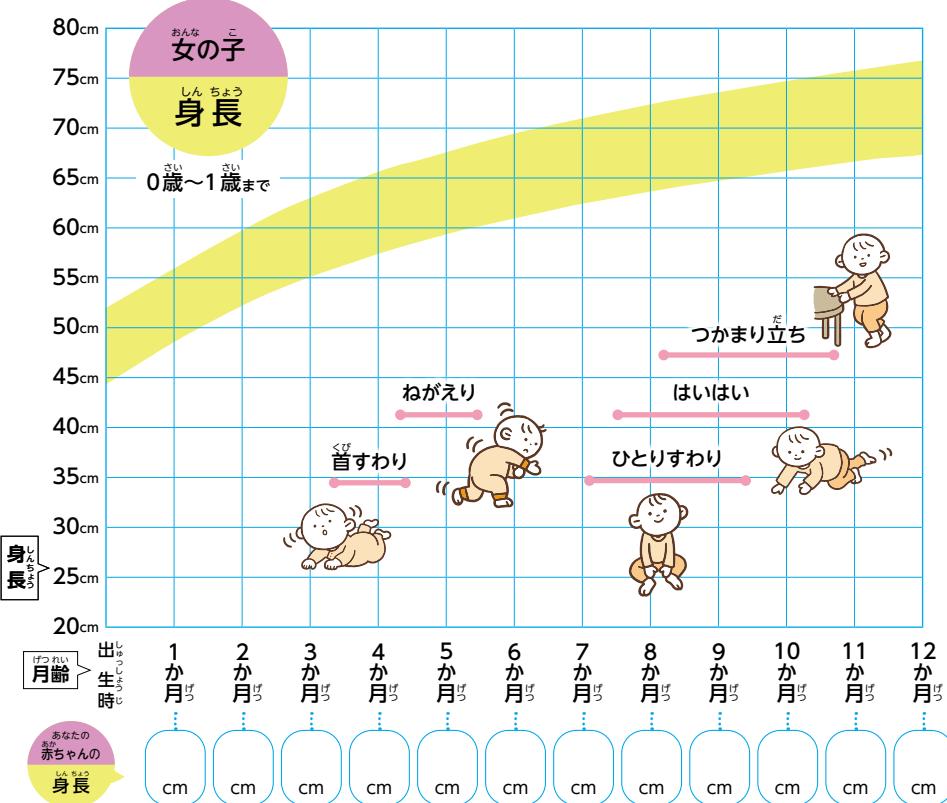


オレンジ色や きみどり色の なかに 印 (●) が 入らなくても 今すぐには 异常では ありません。  
心配なときは、医師や 保健師や 助産師に 相談しましょう。

あか 赤ちゃんの 身長を、はかった月齢に か 書きましょう。グラフに 印 (●) を つけましょう。

れいわ 令和5年 調査 (出典) こども家庭令和5年乳幼児身体発育調査報告

グラフの きみどり色の 部分は、多くの赤ちゃんの 身長の のびかたを あらわします。  
あなたの赤ちゃんの 印 (●) が きみどり色の中に入れるかどうかを 見てください。



ピンクの線 (—) と 絵は、多くの赤ちゃんが  
首すわり・ねがえり・ひとりすわり・はいはい・つかまり立ちが、  
できるようになる月を あらわします。

例 首すわりは、  
3ヶ月のはじめころ～  
4ヶ月のはじめころに、できます。

あなたの赤ちゃんが できるようになった 月日を 書きましょう。ピンクの線に 印 (●) を つけましょう。

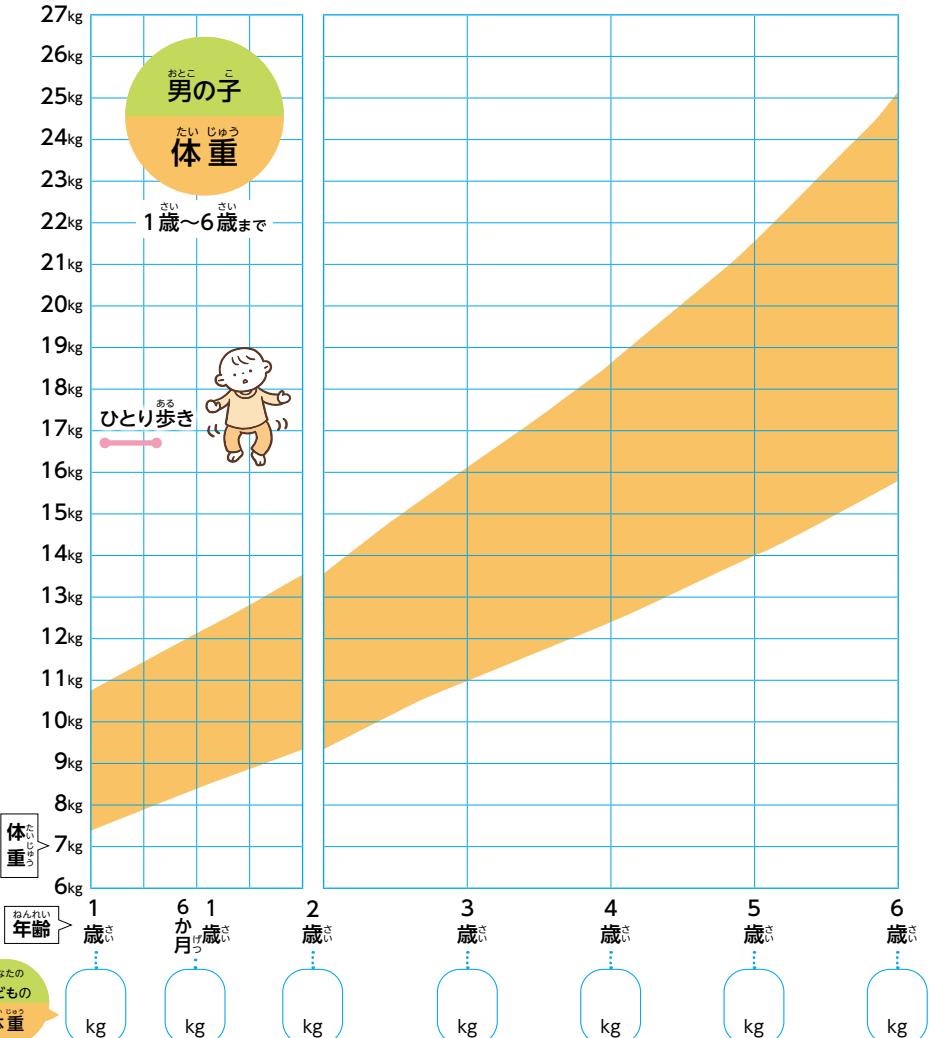
首すわり	ねがえり	ひとりすわり	はいはい	つかまり立ち
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日



お子さんの体重を、はかった年齢に書きましょう。グラフに印(●)をつけましょう。

## 男の子 子どものからだの成長を表す曲線〈1歳～6歳まで〉

グラフのオレンジ色の部分は、多くの子どもの体重のふえかたをあらわします。あなたのお子さんの印(●)がオレンジ色の中に入るかどうかを見てください。



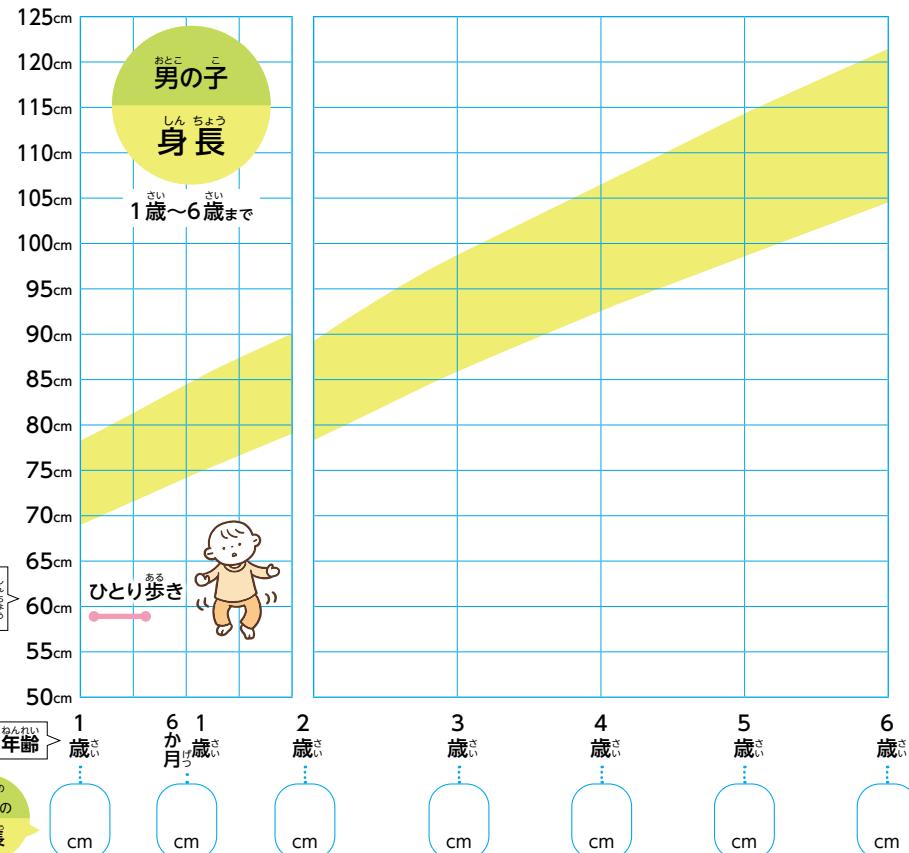
オレンジ色やきみどり色の中に印(●)が入らなくても、今すぐには異常ではありません。心配なときは、医師や保健師や助産師に相談しましょう。



お子さんの身長を、はかった年齢に書きましょう。グラフに印(●)をつけましょう。

令和5年調査 (出典) こども家庭令和5年乳幼児身体発育調査報告

グラフのきみどり色の部分は、多くの子どもの身長のびかたをあらわします。あなたのお子さんの印(●)がきみどり色の中に入るかどうかを見てください。



2歳のお誕生日をむかえる前までは、ねかせて身長をはかります。2歳のお誕生日をむかえた後からは、立たせて身長をはかります。

ピンクの線(---)とひとり歩きの絵は、多くの子どもができるようになる月をあらわします。あなたの子どもができるようになった月日を書きましょう。ピンクの線に印(●)をつけましょう。

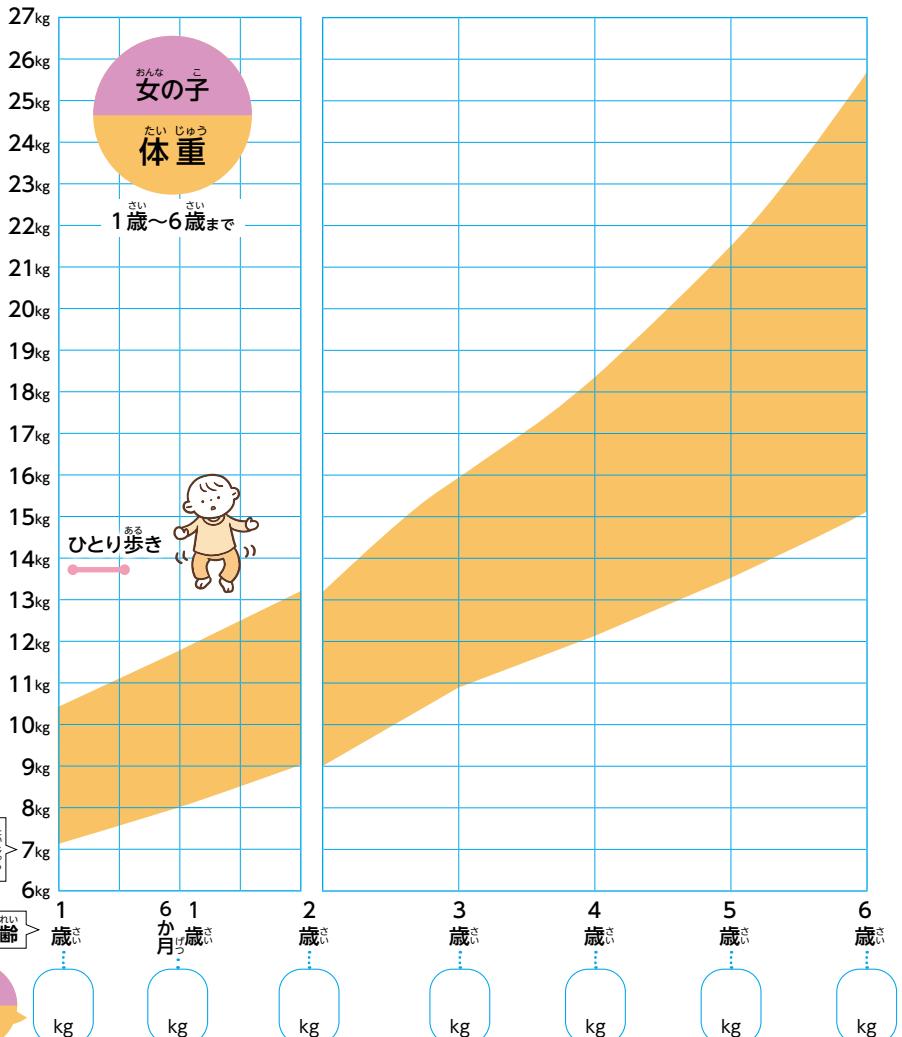




お子さんの体重を、はかった年齢に書きましょう。グラフに印(●)をつけましょう。

## おんな 女の子 こどもの からだの成長を 表す曲線 <1歳~6歳まで>

グラフのオレンジ色の部分は、多くの子どもの体重のふえかたをあらわします。あなたのお子さんの印(●)がオレンジ色の中に入るかどうかを見てください。



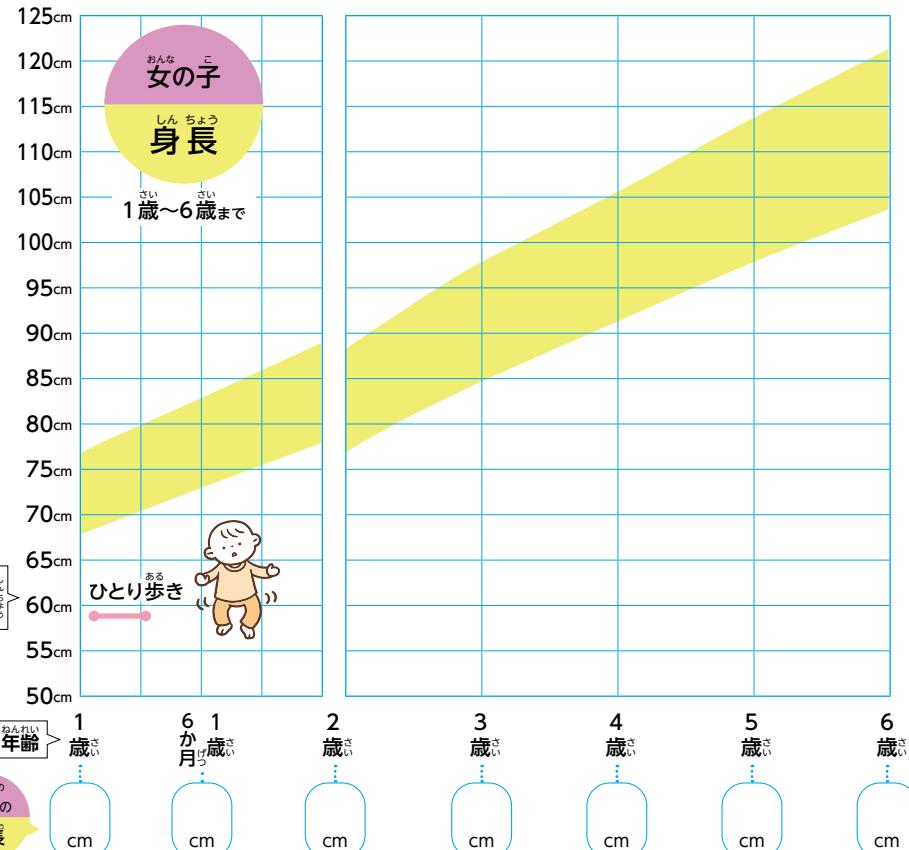
オレンジ色やきみどり色のなかに印(●)が入らなくても、今すぐには異常ではありません。心配なときは、医師や保健師や助産師に相談しましょう。



お子さんの身長を、はかった年齢に書きましょう。グラフに印(●)をつけましょう。

令和5年調査 (出典) こども家庭令和5年乳幼児身体発育調査報告

グラフのきみどり色の部分は、多くの子どもの身長のびかたをあらわします。あなたのお子さんの印(●)がきみどり色の中に入るかどうかを見てください。



2歳のお誕生日をむかえる前までは、ねかせて身長をはかります。2歳のお誕生日をむかえた後からは、立たせて身長をはかります。

ピンクの線( )とひとり歩きの絵は、多くの子どもができるようになる月をあらわします。あなたの子どもができるようになった月日を書きましょう。ピンクの線に印(●)をつけましょう。

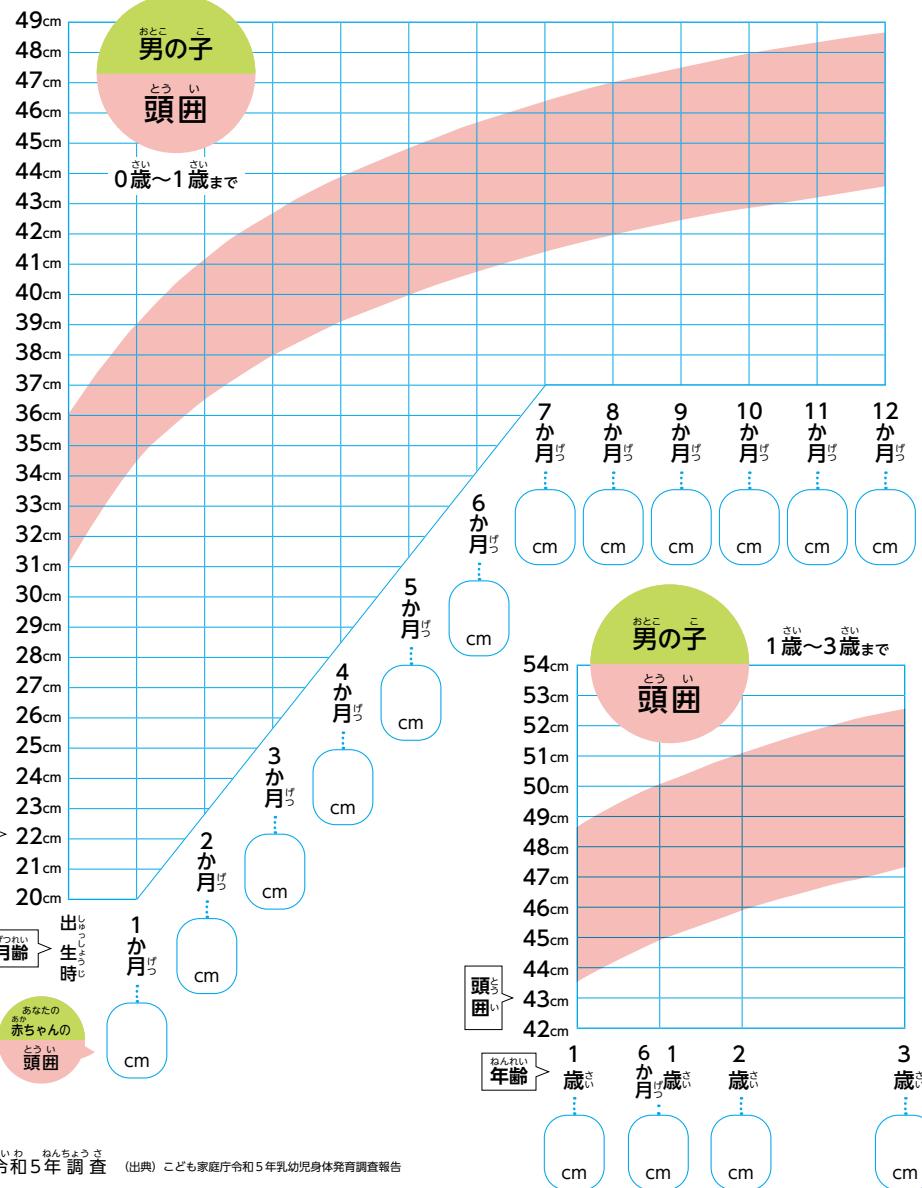




お子さんの頭のまわり] をはかった月齢に書きましょう。グラフに印(●)をつけましょう。

# 男の子 あか せい あらわす の こ ちゃん と ども の ちよう きょくせん 子 と ども の からだ の 成長を 曲線

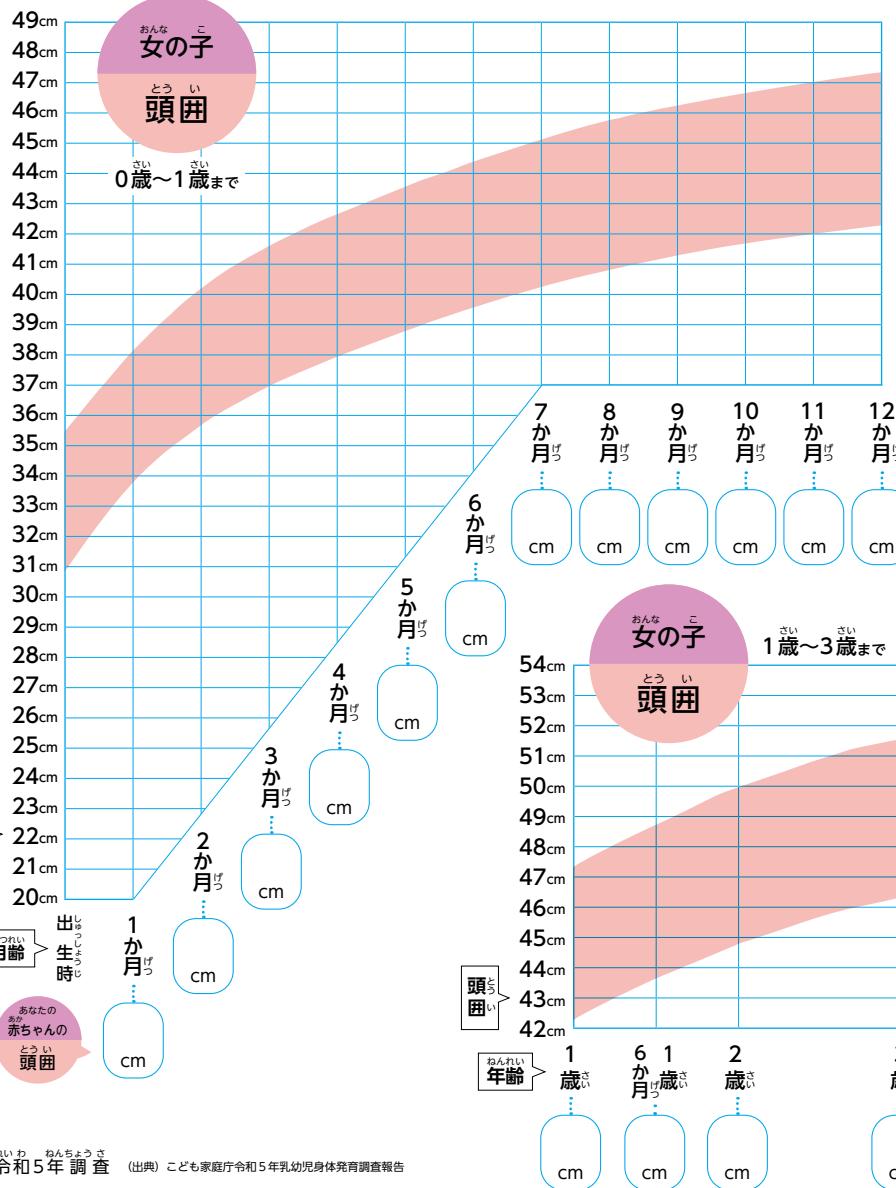
いろ ぶ ぶん おお あか とう い なが  
グラフの ピンク色の 部分は、多くの赤ちゃんの 頭囲の 長さを あらわします。



お子さんの頭囲 [頭のまわり] を はかった月齢に書きましょう。グラフに印 (●) をつけましょう。

# おんな こ あか こ せいちゅう あらわ きょくせん 女の子 赤ちゃんと子どもの からだの成長を 表す曲線

グラフの ピンク色の 部分は、多くの赤ちゃんの 頭囲の 長さを あらわします。



よ ほ う せ つ し ゆ き ろく  
予防接種の記録 (1) Immunization Record

よ ほ う せ つ し ゆ こ かん せん し ょう ま ち  
予防接種は、子どもたちを 感染症から 守るために 大切です。

よ ほ う せ つ し ゆ う あ と ふく はん のう ね つ で ち く う し や  
予防接種を受けた後に、副反応 [熱が出る、注射を うった ところが はれるなど] が  
でることも あります。

それらのことを よく理解したうえで 子どもに 受けさせましょう。

※ 予防接種を 受けると よい 時期を P.63 に のせています。

※ ワクチンの名前と 病気の症状について P.64 に のせています。

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー または 製剤名 Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種した ひと の名前 Physicia	記入らん Remarks (接種の位置や量など)
--------------------	------------------------	--	-------------------------------	--------------------------------

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	1回			
	2回			
	3回			

※ 5価絆口弱毒生  
ロタウイルス  
ワクチンのみ3回目を  
接種1回

よ ほ う せ つ し ゆ き ろく  
予防接種の記録 (2) Immunization Record

5種混合

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 Influenza 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 または 製剤名 Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種した人の名前 Physicia	記入らん Remarks (接種の位置や量など)
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					

ビーコンジ  
BCG

接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー または 製剤名 Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種した人の名前 Physicia	記入らん Remarks (接種の位置や量など)

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー または 製剤名 Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種した人の名前 Physicia	記入らん Remarks (接種の位置や量など)
--------------------	------------------------	--	----------------------	--------------------------------

ま  
麻しん・風しん  
Measles / Rubellaだい  
第1期だい  
第2期すいとう  
水痘  
Varicellaかい  
1回かい  
2回



よ ほ う せ つ し ゆ  
予防接種のときに書いてもらいましょう。

よ ほ う せ つ し ゆ き ろく  
予防接種の記録 (3) Immunization Record

にほんのうえん 日本脳炎 Japanese Encephalitis				
じき 時期	せつしゅわんがつ 接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー または製剤名 Manufacturer or Brand name/Lot.No.	せつしゅ 接種した ひと 人の名前 Physicia	きにゅう 記入らん Remarks (接種の位置や りょう 量など)
だい 第1期 初回	かい 1回			
	かい 2回			
だい 第1期 追加				
だい 第2期				
ワクチンの種類 Vaccine		せつしゅわんがつ 接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー または製剤名 Manufacturer or Brand name/Lot.No.	せつしゅ 接種した ひと 人の名前 Physicia
ヒトパピローマ ウイルス エイチピーブイ (HPV) Human Papillomavirus	かい 1回			
	かい 2回			
	かい 3回			

くすり  
薬や  
たもの  
食べ物などのアレルギーについて書くところ



よ ほ う せ つ し ゆ  
予防接種のときに書いてもらいましょう。

よ ほ う せ つ し ゆ き ろく  
予防接種の記録 (4) Immunization Record

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー または製剤名 Manufacturer or Brand name/Lot.No.	医師の名前 Physicia	記入らん Remarks (接種の位置や りょう 量など)
おたふくかぜ Mumps				
インフルエンザ Influenza				
その他 Others				

## 予防接種スケジュールとお子さんのスケジュール

予防接種を受けるとよい時期をしめしています。白い行に、あなたのお子さんのスケジュールを書きます。このスケジュールにしたがって予防接種につれていきましょう。

年齢	乳児期						幼児期						学童期																																																					
	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	12か月	15か月	18か月	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳~																																														
ワクチンの種類	定期接種（国や自治体が受けることを強くすすめる予防接種です。費用はいりません。）																																																																	
小児肺炎球菌	①②③④																																																																	
B型肝炎	①②③④																																																																	
口タウイルス	1価	①②	③④																																																															
	5価	①②③	④																																																															
5種混合	①②③	④																																																																
BCG	①																																																																	
麻疹・風疹（MR）	①②																																																																	
水痘（ぼうそう）	①②																																																																	
日本脳炎	①②③																																																																	
2種混合	①②③④																																																																	
ヒトパピローマウイルス（HPV）	2価 4価 9価	①②③④																																																																
ワクチンの種類	任意接種（接種するかどうかをあなたや家族が決める予防接種です。費用がいります。）																																																																	
おたふくかぜ	①②																																																																	
インフルエンザ	6か月より毎年①②																																																																	

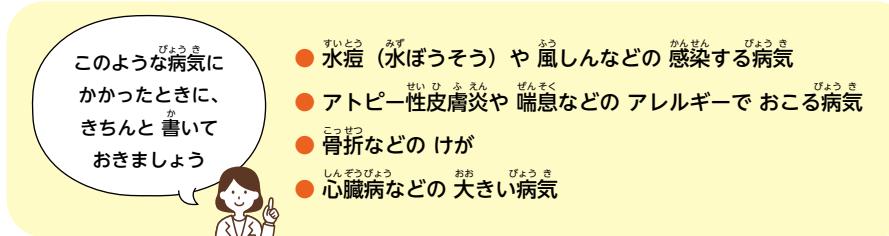
## 予防接種のワクチンと病気の症状

ワクチン	病気の症状	ワクチン	病気の症状
b型インフルエンザ菌	肺炎【肺の病気】、髄膜炎【脳をつつむ膜に炎症が起こる病気】の原因になるばい菌です。熱がでたり、頭がいたくなったり、はいたりします。ひどくなるとけいれんを起こし、死んでしまうことがあります。	BCG	「結核」という病気になります。肺で菌がふえ、せき、たん、熱がでる、息がしにくい、かぜの症状ができます。腎臓、リンパ節、骨などからだのあらゆる部分にも症状がでることがあります。赤ちゃんは症状が重くなります。
小児肺炎球菌	肺や耳の病気を引きおこします。食よくが落ちる、せきやたんがでる、熱がでるなどの症状がでます。高い熱がでて死んでしまうこともあります。	麻疹	「はしか」ともいう病気です。熱がでて、からだにぶつぶつができます。1000人に1人くらいの脳や肺にえんしようがおこり、死んでしまう人もいます。
B型肝炎	肝臓のはたらきが悪くなる病気です。つかれやすい、熱がでる、からだや目が黄色くなる黄疸の症状がでます。	風疹	「三日はしか」ともいう病気です。熱がでて、からだにぶつぶつができます。
口タウイルス	はげしい下痢、はく、おなかがいたい、熱がでる症状がでます。毎年冬から春にかけてはやります。	水痘	「水ぼうそう」ともいう病気です。熱がでて、からだにぶつぶつと水をふくんだできものができます。
5種混合	たかねつ高い熱やのどのいたみ、たんがでる、はく症状がでます。のどがはれて息ができなくなつて死んでしまうこともあります。	日本脳炎	たかねつ高い熱がでて、頭がいたくなったり、はいたりします。そのあとに意識がなくなったり、けいれんを起こしたりします。子どもは、ひどくなりやすく、死んでしまうこともあります。
麻疹・風疹（MR）	かぜの症状ではじめり、せきがひどくなる病気です。せきで息ができなくなつて死んでしまうことがあります。	ヒトパピローマ	しきゅうけい子宮頸がん【子宮の入り口にできるがん】を起こすウイルスです。性行為をすることでうつります。感染した人の10人中1人は子宮頸がんになります。
水痘（ぼうそう）	左右とも、あるいは左右どちらかの耳の下やあごの下がはれます。いたみがあつたり熱がでたりします。	かぜ	たかねつ高い熱がでて、頭がいたくなったり、からだがだるくなったりします。かぜより、症状が重いです。
日本脳炎	①11~12歳2(期)	インフルエンザ	よほしきうじょう
2種混合	①11~12歳2(期)	破傷風	はしおうきょう
ヒトパピローマウイルス（HPV）	①②③④ 12~13歳 ①②③④ 12~13歳	ポリオ	はしおうきょう
ワクチンの種類	任意接種（接種するかどうかをあなたや家族が決める予防接種です。費用がいります。）	おたふくかぜ	はしおうきょう
おたふくかぜ	①②	インフルエンザ	はしおうきょう
インフルエンザ	6か月より毎年①②		



あなたや 父親や まわりの人が 書きましょう。

# 今までに かかった主な病気



は けんこうしんさ ほ けんしどう う か  
歯の健康診査や 保健指導を 受けるときに 書いてもらいましょう。

# は けん こう しん さ ほ けん し どう よ ぼう て あて 歯の健康診査・保健指導・予防の手当

しんさび 診査日	ねん 年	がつ 月	にち 日	しんさじ ねんねい 診査時の年齢	さい 歳	げつ か月
むしば 虫歯や歯ぐきの病気に ならないための指導	ひょうき 虫歯や歯ぐきの病気に ならないための治療	□なし	□あり	むしば 虫歯や歯ぐきの病気に ならないための治療	□なし	□あり
6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6	は 歯ぐき。 ねんまく 粘膜 [□のうちがわ]	いじょう 異常なし				
E D C B A A B C D E	かんだときの上の歯と 下の歯の合いかた	□よい ひ 引きつづき かんさつが必要				
E D C B A A B C D E	は かたちいろ 歯の形・色	いじょう 異常なし				
6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6	□あり ( )					

歯の状態を表す記号

## ■ その他

■ 診査施設名 または 歯科医師名

しんさび 診査日	ねん 年	がつ 月	にち 日	しんさじ 診査時の年齢	さい 歳	げつ か月							
むしばは 虫歯や歯ぐきの病気に ならないための指導	ひょうき しどう	□なし	□あり	むしばは 虫歯や歯ぐきの病気に ならないための治 療	□なし	□あり							
6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	は 歯ぐき。 ねんまく ねんまく 粘膜	いじょう 異常なし
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	□あり ( )			
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	かんだときの 上の歯と は 下の歯の 合いかた	□よい □引きつづき かんさつが必要		
6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	は かたちいろ 歯の形・色	いじょう 異常なし □あり ( )

歯の状態を表す記号

## ■ その他

### ■ 診査施設夕 または 薬科医師夕

## いりょう 家医についての連絡先メモ

かぞく ひと ひと  
家族やまわりの人といっしょに書きましょう。

産科医療補償制度 登録証						
登録証が出された日	年	月	日			
妊産婦管理番号						
出産した機関の名前						
出産した機関の管理番号						

お産のときに、赤ちゃんが脳の障害（重度脳性麻痺）になったときに、お金が支払われる制度です。  
登録証は、妊産婦がこの制度を使えることをしめします。

助産所で出産を予定している人は、助産所で書いてもらいましょう。

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	じよさんし 助産師 の氏名				
助産所	住所	連絡先				
助産所で管理できる妊婦の状態	※ □ 助産師が管理できる妊婦	※ □ 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき妊婦				
連携して異常に応対する病院又は診療所	名称	連絡先				
住 所						

※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。



いりょうでんわ そだんじぎょう  
子ども医療電話相談事業



きゆうきゅう  
こどもの救急ホームページ

日曜や祭日、夜の間に、子どもの病気などの症状が悪くなったとき、小児科医師や看護師から、どのようにすればいいか、診察を受ける病院などを教えてもらえます。

電話番号: #8000

このとおりにおすとつながります

すぐ病院につれて行くべきかわからないときに



こども医療電話相談事業 (#8000)について



こうしや にほんしょうにかがっかい  
(公社)日本小児科学会  
こどもの救急ホームページ

## 災害のときのための準備

災害のときには

妊娠中であることや乳幼児がいることをつたえましょう。

●まわりの人たちに助けをもとめましょう。

避難場所のこと

自分と子どもが避難できる場所や

お乳をあげるためだけに使える場所をたしかめておきましょう。

●ない場合は、必要であることをまわりの人につたえておきましょう。



災害はいつ起こるかわかりません。妊娠したときから準備しておきましょう。

住んでいる地域のことを調べて下の表に書いておきましょう。家族などと話し合っておきましょう。

様子を知るための方法	<p>(例) ●テレビ ●ラジオ ●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</p>
連絡方法	<p>(例) ●けいたい電話 ●メール ●災害用伝言ダイヤルなど</p>
災害が起きた時	<p>(例) ●家族 ●いつも連絡や相談をしてしている人 ●市区町村の災害対策窓口など</p>
地域の避難場所	<p>安全に避難できる道を、歩いてたしかめましょう。</p>
持つて出るもの	<p>(例) ●母子健康手帳 ●病院の診察券 ●保険証 ●いつも飲んでいる薬 ●買っておくとよい薬 (熱を下げる薬、かぜ薬、おなかがいたいときに飲む薬など) ●妊婦は病院でもらった薬 ●生理用品 ●衛生用品 (ティッシュ・トイレットペーパー・救急セット・マスク・歯ブラシ・タオル・下着など)</p>
家庭でする災害への準備	<p>(例) ●生活でかならず使うものを家においておく。 ●家具がたおれないように、とめておく。</p>
あなたや家族の健康状態など	

災害で、母子健康手帳がなくなてもわかるように、アプリやクラウドサービスを使うのもよいでしょう。家族と相談しておいてください。



持つて出るのは両手が使えるようにリュックサックにつめておきましょう。



「母性健康管理指導事項連絡カード」は 医師などに書いてもらいましょう。

**わかりやすい**

**母性健康管理指導事項連絡カード**

(安全に出産できるようにあなたの健康を守るためのカード)

事業主との（あなたをやっている人）

年 月 日

医療機関等名

医師等氏名

あなたについて、健康診査及び保健指導の結果により、下に書かれている  
2~4の必要な方法をとらねばならないことをみとめます。

記

### 1. あなたの名前等

名前	妊娠してから何週目	出産予定日
	週	年 月 日

### 2. 指導する内容

あてはまる妊娠婦の症状に□をつけてください。

**妊娠婦の症状**

つわり  妊娠悪阻  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  痢  静脈瘤  浮腫  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）が週数にくらべ小さい  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  
 合併症など（ ）

※ 病気の説明は、P73-74にあります。

あてはまる 指導内容に○をつけてください。

「からだへの負担の大きい作業」について、とくにへらす・やめる必要のある作業があれば、□をつけてください。

妊産婦がすべきこと		指導内容
やす 休む	入院して治療する	
	じたくで治療する	
はたらく時間を短くする		
さぎょうないよう 作業の内容や しかたをかえる	からだへの負担の大きい作業	
	<input type="checkbox"/> 長い時間立ってする作業	<input type="checkbox"/> 同じ姿勢でしなければならない作業
	<input type="checkbox"/> 腰に負担のかかる作業	<input type="checkbox"/> 寒い場所での作業
	<input type="checkbox"/> 長い時間作業場をはなれることでできない作業	<input type="checkbox"/> ストレス・きんちゅうを多く感じる作業
妊産婦がすべきことのくわしい内容や、そのほかに必要なことがあれば、書きます。		

### 3. 上にある指導内容が必要な期間

今わかっている予定期間に○をつけてください。

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. その他の指導内容

必要である場合は○をつけてください。

にんしんちゅう つうきん 妊娠中の通勤をらくにする (家ではたらくときもふくむ)	
にんしんちゅう きゆう 妊娠中の休けいを長くする 休けいの回数をふやす	

「指導内容を守ることをもとめる申請書」はあなたが自分で書きましょう。

### 指導内容を守ることをもとめる申請書

上に書かれたとおり、医師等が指定了した内容について  
実行することをおねがいします。

年 月 日

所属

名前

事業主との（あなたをやっている人）

(参考) 症状などに対して考え方される指導内容の例

症状名など	指導内容の例
<b>つわり</b> [はきがけがしたり、はいてしまって食べることができない]	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院して治療する</li> <li>からだの負たんが大きい作業（長い時間作業場をはなれることのできない）をへらすまたはやめる</li> <li>においがきつい・空気の入れかえが悪い・むし暑いなど、つわりをひどくさせる場所での作業をへらす、またはやめる</li> <li>こみあっていない時間に通勤する</li> <li>休けい時間を長くする</li> <li>休けいの回数をふやすなど</li> </ul>
<b>貧血</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>はたらく時間を短くする</li> <li>からだの負たんが大きい作業（高い場所や足もとが不安定な場所での作業）をへらすまたはやめる</li> <li>ストレス・きんちようを多く感じる作業をへらすまたはやめる</li> <li>こみあっていない時間に通勤する</li> <li>休けい時間を長くする</li> <li>休けいの回数をふやすなど</li> </ul>
<b>めまい・立ちくらみ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院か自たくで治療する</li> <li>からだの負たんが大きい作業（長い時間立って作業をつづける、同じ姿勢で仕事をしなければならない、長い時間作業場所をはなれることのできない）をへらすまたはやめる</li> <li>こみあっていない時間に通勤する</li> <li>休けい時間を長くする</li> <li>休けいの回数をふやすなど</li> </ul>
<b>腹部緊張</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院か自たくで治療する</li> <li>からだの負たんが大きい作業（長い時間立って作業をつづける、同じ姿勢で仕事をしなければならない、長い時間作業場所をはなれることのできない）をへらすまたはやめる</li> <li>こみあっていない時間に通勤する</li> <li>休けい時間を長くする</li> <li>休けいの回数をふやすなど</li> </ul>
<b>子宮収縮</b> [おなかのはり]	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院して治療する</li> <li>病気におうじていつも診てもらっている医師などからの指示にしたがうなど</li> </ul>
<b>腹痛</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院して治療する</li> <li>病気におうじていつも診てもらっている医師などからの指示にしたがうなど</li> </ul>
<b>性器出血</b> [性器から血が出る]	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、自たくで治療する</li> <li>からだの負たんが大きい作業（長い時間立って作業をつづける、同じ姿勢で仕事をしなければならない、腰に負たんがかかる）をへらすまたはやめる</li> </ul>
<b>腰痛</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、自たくで治療する</li> <li>からだの負たんが大きい作業（長い時間立って作業をつづける、同じ姿勢で仕事をしなければならない、腰に負たんがかかる）をへらすまたはやめる</li> </ul>
<b>痔</b> [うんちが出る肛門の病気]	<ul style="list-style-type: none"> <li>からだの負たんが大きい作業（長い時間立って作業をつづける、同じ姿勢で仕事をしなければならない、腰に負たんがかかる）をへらすまたはやめる</li> <li>休けい時間を長くする</li> <li>休けいの回数をふやすなど</li> </ul>
<b>静脈瘤</b> [血管がふくらんでこぶのようになる]	<ul style="list-style-type: none"> <li>はたらく時間を短くする</li> <li>からだの負たんが大きい作業（長い時間立って作業をつづける、同じ姿勢で仕事をしなければならない）をへらすまたはやめる</li> <li>休けい時間を長くする</li> <li>休けいの回数をふやすなど</li> </ul>
<b>浮腫</b> [むくみ]	<ul style="list-style-type: none"> <li>はたらく時間を短くする</li> <li>からだの負たんが大きい作業（長い時間立って作業をつづける、同じ姿勢で仕事をしなければならない）をへらすまたはやめる</li> <li>休けい時間を長くする</li> <li>休けいの回数をふやすなど</li> </ul>
<b>手や手首のいたみ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>からだの負たんが大きい作業（同じ姿勢で仕事をしなければならない）をへらすまたはやめる</li> </ul>

症状名など	指導内容の例
<b>頻尿</b> [尿がでにくい]	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院か自たくで治療する</li> <li>からだの負たんが大きい作業（寒い場所での作業、長い時間作業場所をはなれることのできない作業）をへらすまたはやめる</li> </ul>
<b>排尿時痛</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿がでるときにいたみがある</li> <li>休けい時間を長くする</li> <li>休けいの回数をふやすなど</li> </ul>
<b>残尿感</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿がでた後でも、尿がのこっているように感じる</li> </ul>
<b>全身倦怠感</b> [からだ全体にかれを感じる]	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院か自たくで治療する</li> <li>からだの負たんが大きい作業をへらすまたはやめる</li> <li>休けい時間を長くする</li> <li>休けいの回数をふやす</li> <li>病気におうじていつも診てもらっている医師などからの指示にしたがうなど</li> </ul>
<b>動悸</b> [心臓が動くドキドキする様子を感じる状態]	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院か自たくで治療する</li> <li>からだの負たんが大きい作業をへらすまたはやめる</li> <li>病気におうじていつも診てもらっている医師などからの指示にしたがうなど</li> </ul>
<b>頭痛</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院か自たくで治療する</li> <li>からだの負たんが大きい作業をへらすまたはやめる</li> <li>病気におうじていつも診てもらっている医師などからの指示にしたがうなど</li> </ul>
<b>血圧の上昇</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院か自たくで治療する</li> <li>からだの負たんが大きい作業をへらすまたはやめる</li> <li>ストレス・きんちようを多く感じる作業をへらすまたはやめる</li> <li>病気におうじていつも診てもらっている医師などからの指示にしたがうなど</li> </ul>
<b>蛋白尿</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院か自たくで治療する</li> <li>からだの負たんが大きい作業をへらすまたはやめる</li> <li>ストレス・きんちようを多く感じる作業をへらすまたはやめるなど</li> </ul>
<b>妊娠糖尿病</b> [妊娠中に血液の糖が高くなる]	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院か自たくで治療する</li> <li>病気におうじていつも診てもらっている医師などからの指示にしたがう（インスリン治療を受けている人への注意）など</li> </ul>
<b>赤ちゃんが小さい</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院か自たくで治療する</li> <li>はたらく時間を短くする</li> </ul>
<b>多胎妊娠</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>からだの負たんが大きい作業をへらすまたはやめる</li> <li>ストレス・きんちようを多く感じる作業をへらすまたはやめる</li> </ul>
<b>産後</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>こみあっていない時間に通勤する</li> <li>休けい時間を長くする</li> <li>休けいの回数をふやすなど</li> </ul>
<b>妊娠中・産後の不安・ねむれない・落ち着かないなど</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事を休み、入院か自たくで治療する</li> <li>ストレス・きんちようを多く感じる作業をへらすまたはやめる</li> <li>こみあっていない時間に通勤する</li> <li>休けい時間を長くする</li> <li>休けいの回数をふやすなど</li> </ul>
<b>合併症など</b> [ある病気にあわせて起こる病気]	<ul style="list-style-type: none"> <li>病気におうじていつも診てもらっている医師などからの指示にしたがうなど</li> </ul>