

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 （母子）	子どもの母 ふりがな
	子どもの父 ふりがな
子どもの名前 （母子）	子どもの名前 （第 子）
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

Ⅰ 妊娠

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

Ⅱ 出産

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

Ⅲ 乳児

- 19 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
- 20 新生児訪問指導の記録／
検査の記録
- 21 赤ちゃんの様子【生まれて2週間ごろ】
- 22 うんちの色の記録
- 23 赤ちゃんの様子／健康診査
【1か月のころ】
- 25 【2か月のころ】
- 27 【3～4か月のころ】
- 29 【6～7か月のころ】
- 31 【9～10か月のころ】



Ⅳ 幼児

- 34 子どもの様子／健康診査
【1歳のころ】
- 36 【1歳6か月のころ】
- 39 【2歳のころ】
- 42 【3歳のころ】
- 45 【4歳のころ】
- 47 【5歳のころ】
- 49 【6歳のころ】



Ⅴ 発育曲線

- 51 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】
- 53 【0歳～1歳までの女の子／体重・身長】
- 55 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】
- 57 【1歳～6歳までの女の子／体重・身長】
- 59 赤ちゃんと言のからだの成長を表す曲線
【0歳～3歳までの男の子／頭囲】
- 60 【0歳～3歳までの女の子／頭囲】

Ⅵ 予防接種

- 61 予防接種の記録(1)～(4)
- 65 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
- 66 予防接種のワクチンと病気の症状
- 67 今までにかかった主な病気
- 68 歯の健康診査・保健指導・予防の手段
- 69 医療についての連絡先メモ
- 70 災害のときのための準備
- 71 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

なくした人、
使えなくなった人は、
もう一度母子健康手帳を
出してもらいましょう



 あ 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  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	でんわ 電話	
	住所		
出産を 予定する施設	名前	でんわ 電話	
	住所		
小児科	名前	でんわ 電話	
	住所		
歯科	名前	でんわ 電話	
	住所		
	名前	でんわ 電話	
	住所		

緊急時の連絡先


名前	あなたとの関係	でんわ 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	ねん がつ 日生 (さい 歳)	
子どもの父 	ふりがな	ねん がつ 日生 (さい 歳)	
	ふりがな	ねん がつ 日生 (さい 歳)	
	ふりがな	ねん がつ 日生 (さい 歳)	

今住んでいるところ	でんわ 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			おとこ 男 ・ おんな 女
出生の場所	都道府県 市区町村		
出生の年月日	ねん 年	がつ 月	にち 日

上記の者については 出生届出が あったことを 証明する。

ねん 年 がつ 月 にち 日

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

しんちよう 身長	にんしん まえ たいじゆう 妊娠前の体重	ビーエムアイ BMI (体かく指数)
cm	kg	

ふと 太いか、ふつうか、やせているかを
あらわ すうじ たい しすう い
表す数字、体かく指数とも言う。

ビーエムアイ たいじゆう しんちよう しんちよう
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)	

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

いま 手術を受けたことがありますか。 ☐ なし ☐ あり (病名)

いつも 飲んでいる 薬

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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今回の妊娠について、心配なことは ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (1日 本) <input type="checkbox"/> 妊娠前は すっていた (1日 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (1日 本)
お酒を 飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (1日 ぐらい) <input type="checkbox"/> 妊娠前は 飲んでいた (1日 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。

いままでの妊娠・出産

しゅっさん ねんげつ 出 産 年 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]	しゅっさん ほうほう 出 産 方 法 普通分娩 [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 ()	う まれた子の 体重・性べつ	子の今の 状 態
ねん 年 がつ 月	にんしん 妊娠 しゅう 週	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	g / おとこ 男 ・ おんな 女	
ねん 年 がつ 月	にんしん 妊娠 しゅう 週	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	g / おとこ 男 ・ おんな 女	
ねん 年 がつ 月	にんしん 妊娠 しゅう 週	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	g / おとこ 男 ・ おんな 女	

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。



あなたが自分で書きましょう。

あなたの仕事と環境

妊娠に気づいたとき	
仕事 (事業所などの仕事も書いてください)	<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仕事が多い <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
ひと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 月) のとき) <input type="checkbox"/> 仕事を变えた (妊娠 週(第 月) のとき) <input type="checkbox"/> 仕事をやめた (妊娠 週(第 月) のとき) <input type="checkbox"/> その他 ()
産前休業 [産む前にとる休み]	月 日 から 月 日まで
産後休業 [産んだ後にとる休み]	月 日 から 月 日まで
育児休業 [赤ちゃんを育てるためにとる休み]	あなた
	夫・パートナー
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



あなたが自分で書きましょう。

妊娠中の記録 (1)

妊娠・出産について
きがるに相談できる人を
みつめておきましょう



あなたの体調や 妊婦健康診査のときに 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

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か月目までにした 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 終わった日	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 妊婦健康診査のときに 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

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 [膈から血が出る] ● 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 [膈から出る 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
すぐに相談を!



- 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。

● はたらいっている 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 妊婦健康診査のときに 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 7か月目	妊娠 24 週 ~ 妊娠 27 週 (月 日 ~ 月 日)			
妊娠して から 8か月目	妊娠 28 週 ~ 妊娠 31 週 (月 日 ~ 月 日)			
出産前後に 住んでいる場所	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	
赤ちゃんを 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 手伝ってくれる人				

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 妊婦健康診査のときに 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 9か月目	妊娠 32 週 ~ 妊娠 35 週 (月 日 ~ 月 日)			
妊娠して から 10か月目	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。			

産む病院に
もっていくものを
じゅんびしましょう



● 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

にん しん ちゅう じょう たい
妊娠中の あなたの からだの状態

にん ぶ けんこうしん さ
妊婦健康診査を受けるときや
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



しん さつ 診察 が っ び 月 日	にん しん 妊 娠 し ゃ う す う 週 数 に ち 一 日	し き ゅ う て い ち ゅ う 子宮底長 [子宮の長さ] 	ふ く い 腹 囲 [おなか まわりの ながさ] 	たい じ ゅ う 体 重 にん しん 妊 娠 ま え 前 の 体 重 (kg) 	け つ ぶ っ 血 圧 しん ぞ う 心 臓 が け つ ぶ っ 血 液 を お っ け 送 り 出 す つ づ 強 さ 	ふ し ゅ 浮 腫 む く み	に ょ う 尿 たん ぱ く [に ょ う な か 尿 の 中 に で 出 た たん ぱ く]	に ょ う とう 尿 糖 [に ょ う な か 尿 の 中 に で 出 た ブドウ糖]	そ の 他 の 検 査 け つ え け っ け ん さ ● 血液検査 け つ ぶ っ け つ え き ち ゅ う とう がん けん さ ● 血糖 [血液中の糖分] 検査 ち ゅ う ん ぱ け ん さ ● 超音波検査 [からだ の 中 を 画 ぞ う で 見 る 検 査] など	と く に 書 い て お く べ き こ と ● からだを動かすすぎない、仕事を休みなさい などと 病 院 で 言 わ れ た こ と ● 切迫早産 [赤ちゃんが 予定より 早く生まれそうになる] などの 異 常 が 出 る 病 気 ● 妊娠中におきる 他 の 病 気 ● 妊娠中に うった ワクチン	び ょ う い ん な ま え 病 院 の 名 前 ま た は た ん と う 者 の 名 前
/	-	cm	cm	kg	/	なし あり 多い - + #	なし あり 多い - + #	なし あり 多い - + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			
/	-	cm	cm	kg	/	- + #	- + #	- + #			



医師や助産師に書いてもらいましょう。

検査の記録

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ってから、書くことになっています。

検査こうもく	検査年月日	記入らん (結果・おこなったこと など)
けつえきがた 血液型	ねん 年 がつ 月 にち 日	<input type="checkbox"/> エーがた A型 <input type="checkbox"/> ビーがた B型 <input type="checkbox"/> オーがた O型 <input type="checkbox"/> エービーがた AB型 <input type="checkbox"/> アルエイチプラス R ^h + <input type="checkbox"/> アルエイチマイナス R ^h -
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 けんしん 子宮頸がん検診	ねん 年 がつ 月 にち 日	
ばいどく けつせい 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	
エイチシーブイ こうたい H C V 抗体	ねん 年 がつ 月 にち 日	
エイチアイブイ こうたい H I V 抗体	ねん 年 がつ 月 にち 日	
ふう しん ウイルス 抗体	ねん 年 がつ 月 にち 日	
エイチティエルブイ 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	
ビーべんようけつせいれん 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。

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。

検査の説明

検査こうもく	説明
けつえきがた 血液型	けつえき 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 けんしん 子宮頸がん検診	し きゅうけい い ぐち 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 けつせい はんのう 梅毒血清反応	ばいどく 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	がたかんえん 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ない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、肝臓がんになることがあります。
エイチシーブイ こうたい H C V 抗体	がたかんえん C型肝炎という肝臓の病気に か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、肝臓がんになることがあります。
エイチアイブイ こうたい H I V 抗体	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 しん ウイルス 抗体	からだに入ってきた風しんウイルスをやっ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。
エイチティエルブイ H T L V - 1 抗体	ヒトT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ない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。
ビーべんようけつせいれん さ B群溶血清連鎖球菌	ぐんようけつせいれん 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。

ちち おや か ぞく か
父親や家族が書きましょう。

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。

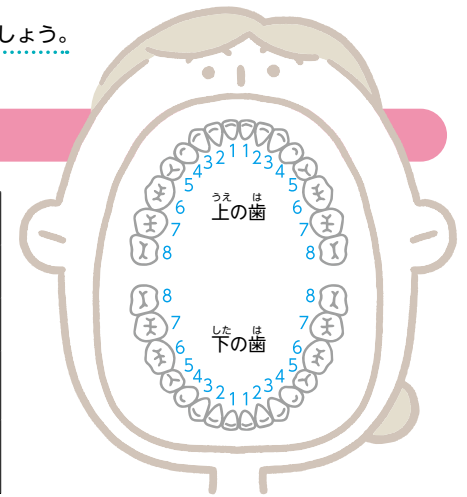
両親学級などに 行った記録

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

は けんしん う けたとに き いてもらいましょう。

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 (本)
歯石 [歯のよごれが たまって 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 (指導がある・治療がある)



♡ 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: O めてしまった歯: △

■ 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	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	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 (指導がある・治療がある)

■ 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	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	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 (指導がある・治療がある)

■ 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 えんしょうをおこす病気] 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。



妊
娠



う 産んだ病院の 助産師か 医師に 書いてもらいましょう。

しゅっ 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 妊娠	しゅう 週	にち 日
あか 赤ちゃんが 生まれた日時	ねん 年	がつ 月	にち 日
あか 赤ちゃんが 生まれた時の 様子	ご ぜん 午前	じ 時	ぶん 分
あか 赤ちゃんが 生まれた時の 様子	<input type="checkbox"/> 頭 位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他 () 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 つう 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	ぶん 分	出 血 量 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中量 <input type="checkbox"/> 多量 (ml)
ね けつ 輸血 (血液製剤ふくむ) の あり・なし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
出 産 時 の 赤 ち ゃ ん の 状 態	せい べつ 性別	おと こ 男	おんな 女
あか 赤ちゃんの 大きさ	おと こ 男	おんな 女	わから ない
とくに 問題の あったこと	かず 数	1 人	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 ちゅう 身長
とくに 問題の あったこと	とう い 頭囲 [頭のまわり]	cm	きょう い 胸囲 [胸のまわり]
あか 赤ちゃんの 大きさ	とう い 頭囲 [頭のまわり]	cm	きょう い 胸囲 [胸のまわり]
とくに 問題の あったこと	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]		
証 明	<input type="checkbox"/> 出 生 証 明 書 [赤ちゃんが 生まれたことの 証明] <input type="checkbox"/> 死 産 証 明 書 [赤ちゃんが 死んで出てきたことの 証明] (死胎検案書) [赤ちゃんの 死んだ理由の 証明] <input type="checkbox"/> 出 生 証 明 書 および 死亡診断書		
出 産 時 の 赤 ち ゃ ん の 状 態	出 産 の 場 所 (名しょう) 出 産 を 手 伝 っ た 人 の 名 前 医師 助産師 その他		



しゅっ さん さん じょう たい
出産後・退院時の 診察のときに 書いてもらいましょう。

しゅっ さん さん じょう たい
出産後の あなたの からだの状態

さん さん 産後日月数 [赤ちゃんを産んだからの 日月数]					
し ぎゅう ぶつ こ 子宮復古 [赤ちゃんを産んだ後、子宮が 妊娠前の 大きさに もどる]	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い
お ろ 悪露 [子宮から出てくる血液。 生理の 血液と にている]	<input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> 異 常	<input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> 異 常	<input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> 異 常	<input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> 異 常	<input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> 異 常
にゅう ぼう 乳房の状態					
けつ ちゅう 血圧 [心臓が 血液を送り出す 強さ]	/	/	/	/	/
にょう 尿 たんぱく [尿の中に 出た たんぱく]	なし あり 多い - + #	なし あり 多い - + #	なし あり 多い - + #	なし あり 多い - + #	なし あり 多い - + #
にょう とう 尿 糖 [尿の中に 出た ブドウ糖]	なし あり 多い - + #	なし あり 多い - + #	なし あり 多い - + #	なし あり 多い - + #	なし あり 多い - + #
たい じゅう 体 重	kg	kg	kg	kg	kg
さん さん 産後の 心の状態の 検査 (E P D S [エジンバラ産後 エピソード-エス 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

気分がしずむ、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。

☐ いいえ ☐ はい
☐ 何ともいえない

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	産後 日 (月 日)
家事をはじめた日	産後 日 (月 日)
家事以外の仕事を始めた日	産後 日 (月 日)
産後にふたたび生理が はじまったとき	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 (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】

年月日	方法	場所	記入らん
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		



子育て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

年月日	利用した内容	場所
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		



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

日れい 【生まれた つぎの日から数えた日にち】	体重 g	哺乳力 【母乳やミルクをすって飲む力】	黄疸 【皮ふが黄色くなる】
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
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 ₂ シロップ 【出血しにくくするためのシロップ】を飲ませる	実施日	1回目	年 月 日
		2回目	年 月 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

年 月 日 記録

日れい	体重	えいようのとりかた
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

日れい	体重	哺乳力	えいようのとりかた
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

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



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】

日れい	日	年 月 日 記録
体重	身長	胸囲 頭囲
g	cm	cm cm
えいようのとりかた		
<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 母乳とミルクの両方 <input type="checkbox"/> ミルク		

■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

医師や助産師が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。

検査こうもく	検査年月日	記入らん (結果・おこったこと など)
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】	年 月 日	
新生児聴覚検査 【赤ちゃんの耳のきこえの検査】 (自動ABR・OAE)	1度目の 年 月 日	右き <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> もう一度 検査が必要 左き <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> もう一度 検査が必要
	2度目の 年 月 日	右き <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> くわしい 検査が必要 左き <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> くわしい 検査が必要
先天性 サイトメガロウイルス検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 陰性 (サイトメガロウイルスに弱い) <input type="checkbox"/> 陽性 (サイトメガロウイルスに強い)

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

2週間
のころ

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 日 きろく 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、あお向けに ねかせていますか。



☐ はい ☐ いいえ

自動車で 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。

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。

切りとって
うんちに近づけて
色を見ます



1番～3番に
近い色だと思う

4番～7番だったのが
1番～3番に
近くなった



どちらかが 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。



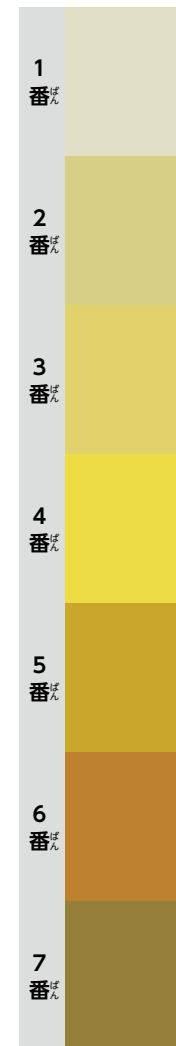
すぐに 病院で 診察を 受けてください。

うんちの色を 書くところ (見た日と あてはまる 色の番号)

確かめる ころ	見た日	色の番号
生後2週	ねん 年 がつ 月 にち 日	ばん 番
生後1か月	ねん 年 がつ 月 にち 日	ばん 番
生後1～4か月	ねん 年 がつ 月 にち 日	ばん 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
のころ

赤ちゃんの様子【1か月のころ】

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、ピ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、お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"/> 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。	



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。



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・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib) ● BCG

スケジュールはP.63にのせています



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

体重	g	身長	cm	頭囲 [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

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 年 がつ 月 日	げつ 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	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

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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
目の前のものが動くと、目で追って見ますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ねかせるときは、あお向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"/> 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。	



このページは 病院、子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。

2 か月児 健康診査

ねん 年 がつ 月 にち きろく 日記録

体重	g	身長	cm	頭囲 [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

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 年 がつ 月 日	げつ 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 しや しゃ たんとう者の名前
	げつ 月 齢	g	cm		
	げつ 月 齢	g	cm		
	げつ 月 齢	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。

3~4
か月の
ころ

赤ちゃんの様子【3~4か月のころ】

ねん 年 がつ 月 にち 日 きろく 記録

くび 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 日 ころ
あやすと よく笑いますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
め 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。 1つでも あれば、「はい」に <input checked="" type="checkbox"/> を つけましょう。		
● 黒目が 小さく ぎみに ゆれる		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
● 目が キョロキョロ はねるように 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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
てんき 天気 の よい日に さんぽして いますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
じどうしゃ 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
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 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。



健康診断のときに書いてもらいましょう。

3~4か月 健康診断

ねん 年 がつ 月 にち 日 きろく 記録

たいじゆう 体重	g	しんちょう 身長	cm	とうい 頭囲 [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		
こ かんせつかいはいせいげん 股関節開排制限			あし ひら [脚の開きが悪い状態]		
<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 健康診断までの 記録

自宅で はかった身長・体重も 書きましょう。

ねん 年 がつ 月 日	げつ 月 齢	たいじゆう 体重	しんちょう 身長	き 気になること	びやういん 病院の名前 または 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。

6~7

か
月
の
こ
ろ

赤ちゃんの様子【6~7か月のころ】

ねん がつ にち
年 月 日 記録

ねがえりをしたのはいつですか。	が 月 に 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 月 に 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 はじめて 1か月ぐらいたら 1日2回（午前1回と 午後1回）、食べさせます。 食べものの 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 とうぶぐらいの 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
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 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 がつ にち げつ にち
年 月 日 実施・ か月 日

体重	g	身長	cm	頭囲 【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 【少しずつ 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（むし歯、歯ぐきの 病気、 かんだ時に 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	きになること	びょういん なまえ 病院の名前 または 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。

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。



が 月 に 日 ころ

つかまり立ちをしたのはいつですか。



が 月 に 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か月ころから歯ぐきでつぶせる
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せんか。



☐ 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

歯の生えかた、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 月 に ち ぎ 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

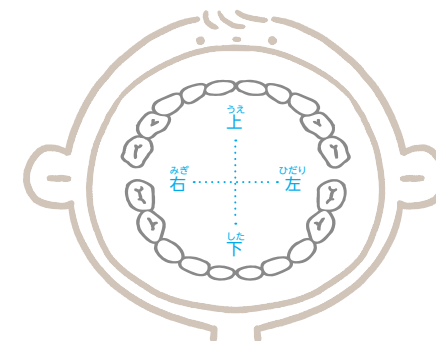
赤ちゃんの成長の様子、子育ての心配、かかった病気、離乳食の心配、感想を書きましょう。

歯の生えた月日を右の図に書きましょう。

生えはじめ： 月

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。

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。



健康診断のときに書いてもらいましょう。

9～10 か月 健康診断

ねん 年 がつ 月 にち 日 実施・ げつ 月 にち 日

体重	g	身長	cm	頭囲 [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	離乳食 [やわらかくて 食べやすい 食べもの]	1日 () 回		
歯の本数	() 本	口の中の 病気や 異常	<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 健康診断までの 記録

自宅で はかった身長・体重も 書きましょう。

ねん 年 がつ 月 日	げつ 月 日	体重	身長	気になること	病院の名前 または たんとう者の名前
	か月	g	cm		
	か月	g	cm		
	か月	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・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib) ☐ BCG

幼児



1歳児 健康診断までに 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歳児
のころ

子どもの様子【1歳のころ】

ねん 年 がつ 月 にち 日 記録

こ 年 月 日 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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
大人の言う かんたんなことば「おいで」「ちょうだい」などがわかりますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 なくなるないように、むし歯に ならないように、 さとうが 入った 飲みものや 食べものを ひかえましょう。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
歯みがきの 練習を はじめていますか。		<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"/> 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 にち 日 さい 歳 げつ 月

体重	g	身長	cm	頭囲 [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"/> の飲んでいない <input type="checkbox"/> の飲んでいる	
1日の食事とおやつ	食事 () 回 おやつ () 回		目の異常 [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					
診察日	ねん 年	がつ 月	にち 日	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				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				歯ぐき・口の中	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ()
E D C B A A B C D E				かみ合わせ [かんだときに、上と下の歯が合うかどうか]	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要
E D C B A A B C D E				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

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 年	がつ 月	にち 日	年齢	体重	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歳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 日 さい 歳 げつ 月

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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自分でコップをもって水を飲めますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
哺乳ビンを使っていますか。 いつまでも哺乳ビンを使っていると、むし歯になりやすいです。 やめるようにしましょう。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。		<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
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。		
● ふつうはまぶしくない光をまぶしがる。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
● ものを見るときに目を細める。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
● ものを見るときに首をかたむける。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
うしろから名前をよんだとき、ふり向きますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。

☐ 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 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。

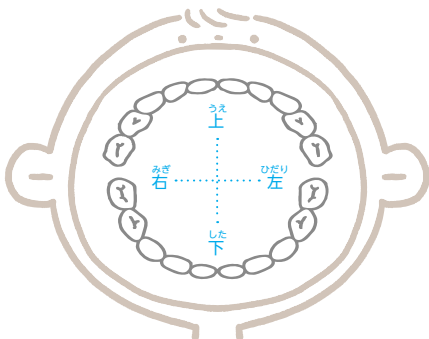
☐ はい ☐ いいえ

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

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。

1 歳 6 か月 健康診査

年 月 日実施・ 歳 月

体重	kg	身長	cm	頭囲 [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	離乳 [形や固さのある 食べものを かねて 食べる]	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> まだ できない

目の異常 眼位 [黒目の向き]・ 視力 [目で 物を見る力]・その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない ()
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 <input checked="" type="checkbox"/> を記載する。	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 5種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘
<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要 <input type="checkbox"/> かわいい検査が必要 (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 A B C D E				歯のよごれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (少ない・多い)
E D C B A A B C D E				歯ぐき・口の中	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ()
E D C B A A B C D E				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
E D C B A A B C D E				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, 奥歯 または 前歯に むし歯: A 奥歯と 上の顎の 前歯に むし歯: B 下の顎の 前歯にも むし歯: C

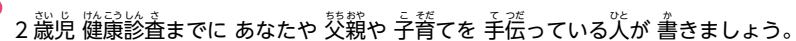
■ とくに 書いておくべきこと ■ 病院の名前 または たんとう者の名前

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

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



こ　　　よう　　す
子どもの様子【2歳のころ】

ねん がつ にち さい こ たんじょう び か
年 月 日 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。

はし
走ることが できますか。



スプーンを^{つか}使って^{じぶん}自分で^た食べますか。

☐ はい ☐ 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
 電車のようにして 遊びますか。



テレビや ^{おとな}大人の身ぶりの ^みまねを しますか。



2 語文「わんわん きた」「ママ ちょうだい」
などを言いますか。



肉や ^{にく}せんいのある やさい (豆 ^{まめ}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 ^た食べますか。

☐ はい ☐ いいえ

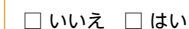
歯^はの仕上げ^{しあ}みがきをしてあげていますか。

(子どもが自分で菌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)

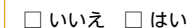


どんな遊びが すきですか。よく遊んでいる 遊びを 書きましょう。

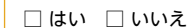
テレビやスマートフォンなどを
ちようじかん
 長時間見せないようにしていますか。



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。



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。

☐ はい ☐ いいえ

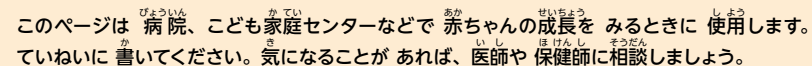
子育てについて きがるに 相談できる人は いますか。

☐ はい ☐ いいえ

子育てについて ^{こそだ}心配なことや ^{しんばい}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

こ せいちょう よう す こ そだ しんばい びょう き かんそう か
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。

ねん がつ にち きろく
年 月 日 記 録

幼よう児じ

幼児



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 日 さい 歳 げつ 月

体重	kg	身長	cm	頭囲 [頭のまわり]	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 [目で物を見る力]・その他		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない ()									
耳の異常 難聴 [音が聞こえない]・その他		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるかもしれない ()									
<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要											
診察日	ねん 年	がつ 月	にち 日	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	歯のよごれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (少ない・多い)
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	歯ぐき・口の中	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ()
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	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
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	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・歯もきれいに O₁

むし歯なし・歯のよごれが多い: O₂ 奥歯または前歯にむし歯: A 奥歯と上の顎の前歯にむし歯: B 下の顎の前歯にもむし歯: 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 年	がつ 月	にち 日	さい 歳	身長	cm	体重	kg

■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歳児
のころ

子どもの様子【3歳のころ】

ねん 年 がつ 月 にち 日 さい 歳

お子さんにむけて誕生日のメッセージを書きましょう。

手を使わずにひとりで階段をのぼれますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
クレヨンなどで丸(円)を描きますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ひとりで服を着たりぬいだりしますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自分の名前が言えますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
歯みがきや手あらいを自分でしていますか。	<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
いつもよくかんで食べますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
斜視 [右眼と左眼の視線が合わない状態] は ありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
ものを見る時目を細めますか、 とても近づけて見ますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
耳の聞こえが悪いのではないかと気になりますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
かみ合わせ [かんだ時の上と下の歯の合い方] や歯のならびかたで、 気になることがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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
落ち着きがないと思いますか。	<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。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。



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 さい げつ かい

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 [目でものをみる力]・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 <input checked="" type="checkbox"/> を記載する。				<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 5種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎							
<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要 <input type="checkbox"/> かわしい検査が必要 (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	A	B	C	D	E	歯のよごれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (少ない・多い)
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	歯ぐき・口の中	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ()
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	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
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	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: ○ 奥歯または前歯がむし歯: A
奥歯と上の顎の前歯がむし歯: B 下の顎の前歯がむし歯: C 下の顎の前歯やそのほかにむし歯: C₂

■ 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	体重	身長
	さい 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歳児
のころ

子どもの様子【4歳のころ】

ねん 年 がつ 月 にち 日 きろく 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。 ()		
おしっ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
自動車で乗るとき、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歳児健康診査

ねん 年 がつ 月 にち 日 実施 さい 歳 げつ 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[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()							
<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要 <input type="checkbox"/> かわいい検査が必要(ねん 年 がつ 月 にち 日)											
診察日	ねん 年 がつ 月 にち 日				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	B	C	D	E	歯のよごれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(少ない・多い)
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	歯ぐき・粘膜[口のうかがわ]	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり()
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	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
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	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

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 年 月 日	年齢	体重	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歳児
のころ

子どもの様子【5歳のころ】

年 月 日 記録

年 月 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。
[

片足で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らあとに、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
自動車で乗るとき、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
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

年 月 日 実施・ 歳 月 日

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【目でものをみる力】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（ ）	
<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要 <input type="checkbox"/> くいしい検査が必要（ 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 乳歯【子どもの歯】（ 本） 永久歯【大人の歯】（ 本）
歯のよごれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（少ない・多い）	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
歯ぐき・粘膜【口のうかがわ】	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歯の口腔【口の中】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		歯の形・色	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
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			

■ 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	体重	身長
	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歳児
のころ

子どもの様子【6歳のころ】

ねん 年 がつ 月 にち 日 さい 歳 記録

ねん 年 がつ 月 にち 日 さい 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
おもちゃやおかしなどがほしくてもがまんで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。	<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
朝ごはんを毎日食べますか。	<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
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。	



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。

6歳児健康診査

ねん 年 がつ 月 にち 日 さい 歳 実施 日 実施 日 実施 日

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 [目でものをみる力] 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 <input checked="" type="checkbox"/> を記載する。		<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 5種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎			
<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要 <input type="checkbox"/> かわいい検査が必要 (ねん 年 がつ 月 にち 日)					
診察日	ねん 年 がつ 月 にち 日			治療が必要なむし歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 乳歯 [子どもの歯] (ほん 本) 永久歯 [大人の歯] (ほん 本)
歯のよごれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (少ない・多い)			かんだときの歯の合い方	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要
歯ぐき・粘膜 [口のうちがわ]	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ()			歯の口腔 [口のなか] 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				歯の形・色	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ()
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					

■ 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 年 がつ 月 日	ねん 年齢	たい 体重	しん 身長
	さい 歳	kg	cm

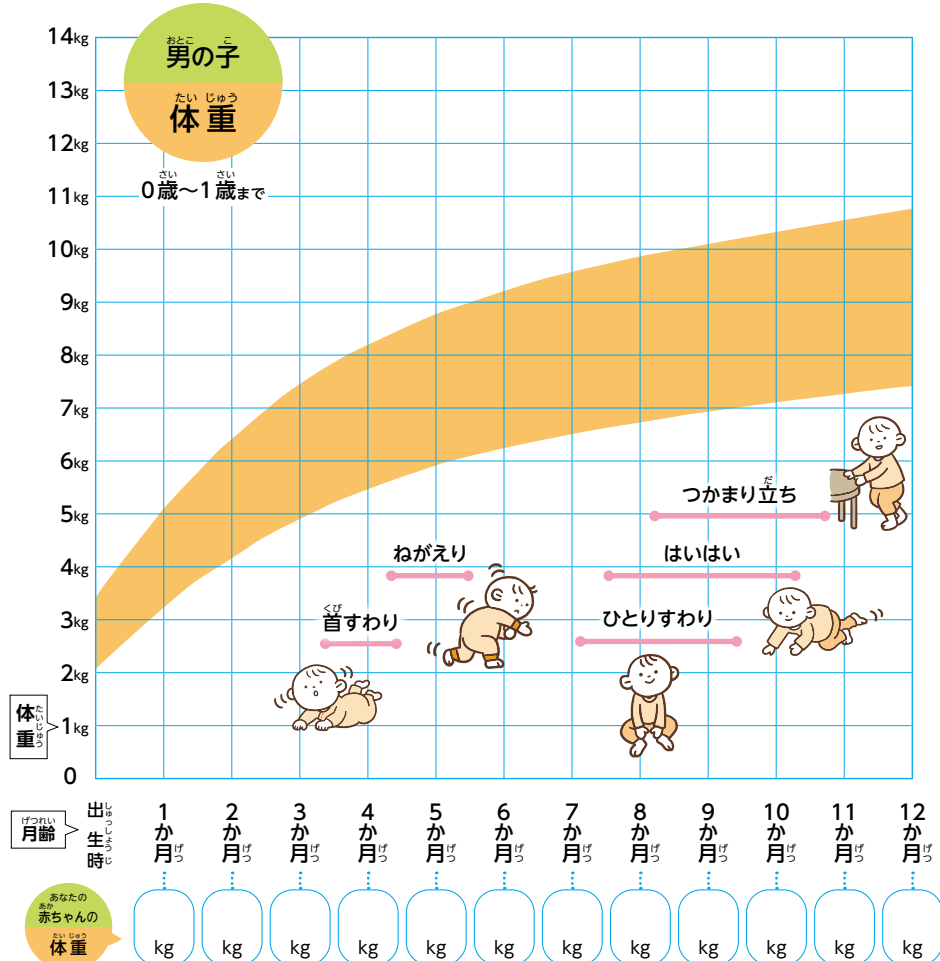
■ 病院の名前 または たんとう者の名前



あか 赤ちゃんの 体重を、はかつた月齡に 書きましよう。グラフに 印 (●) を つけましよう。

男の子 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。



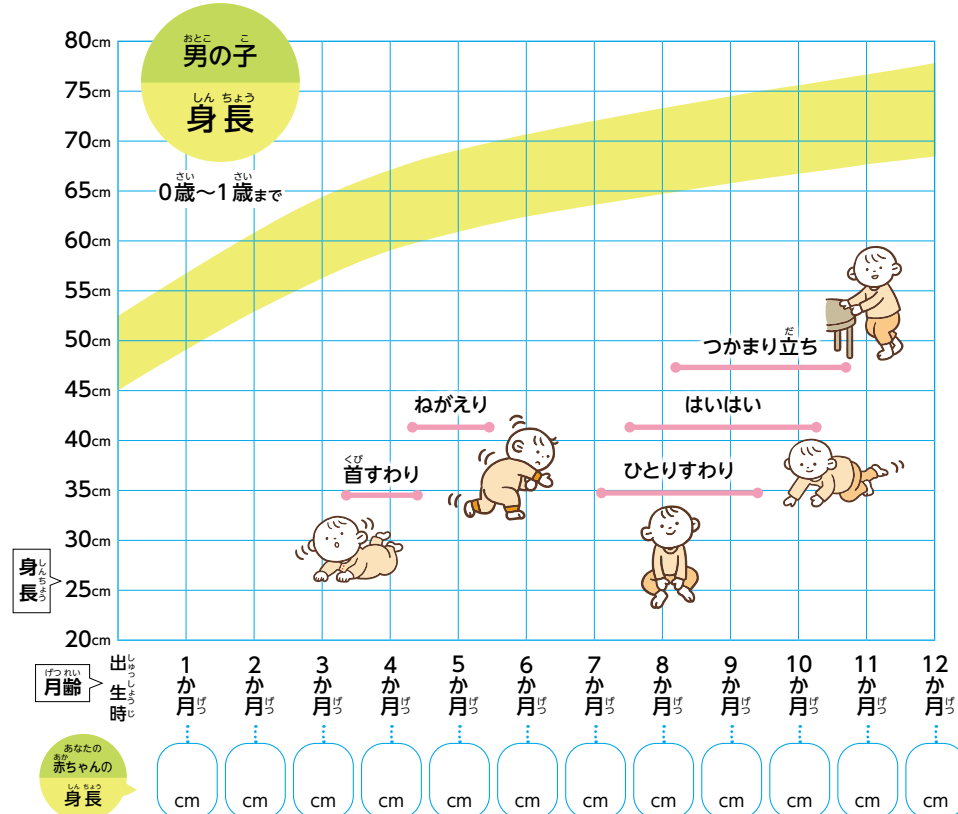
オレンジ色 や きみどり色 の 中 に 印 (●) が 入らな くて も 今す ぐに 異常で は あ りま せん。
心配 な とき は、医 師 や 保 健 師 や 助 産 師 に 相 談 し ま し ょ う。



あか 赤ちゃんの 身長を、はかつた月齡に 書きましよう。グラフに 印 (●) を つけましよう。

れい わ ねん ち ょ う だ い 令和5年調査 (出典) こども家庭庁令和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 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。

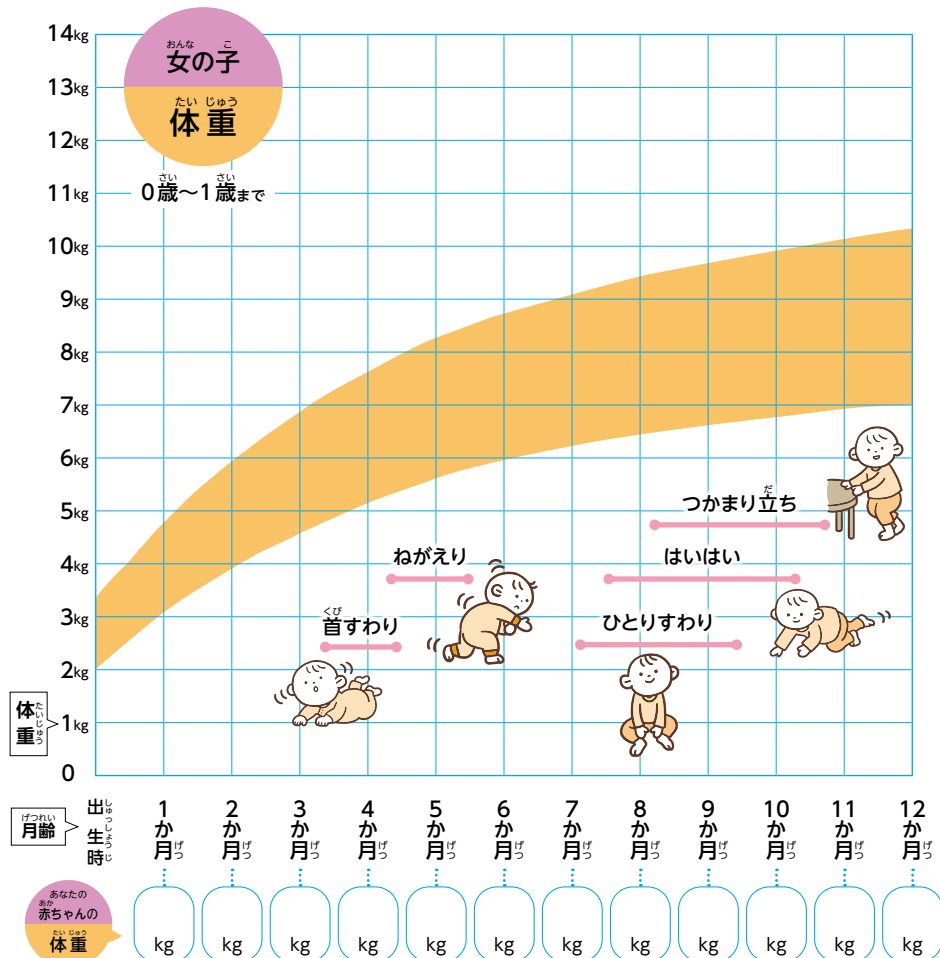
首すわり	ねがえり	ひとりすわり	はいはい	つかまり立ち
が 月 に 日	が 月 に 日	が 月 に 日	が 月 に 日	が 月 に 日



あか 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。

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るかどうかに 見てください。



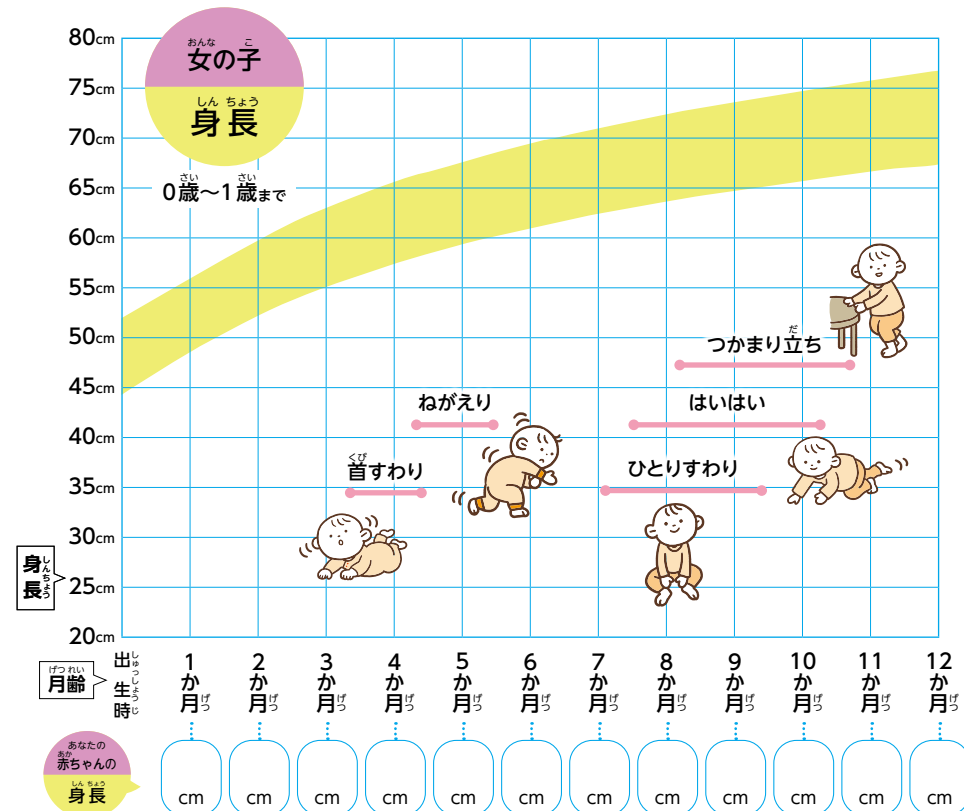
オレンジ色や きみどり色の中に 印 (●) が 入らなくても 今すぐに 異常では ありません。
心配なときは、医師や 保健師や 助産師に 相談しましょう。



あか 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) こども家庭庁令和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るかどうかに 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。

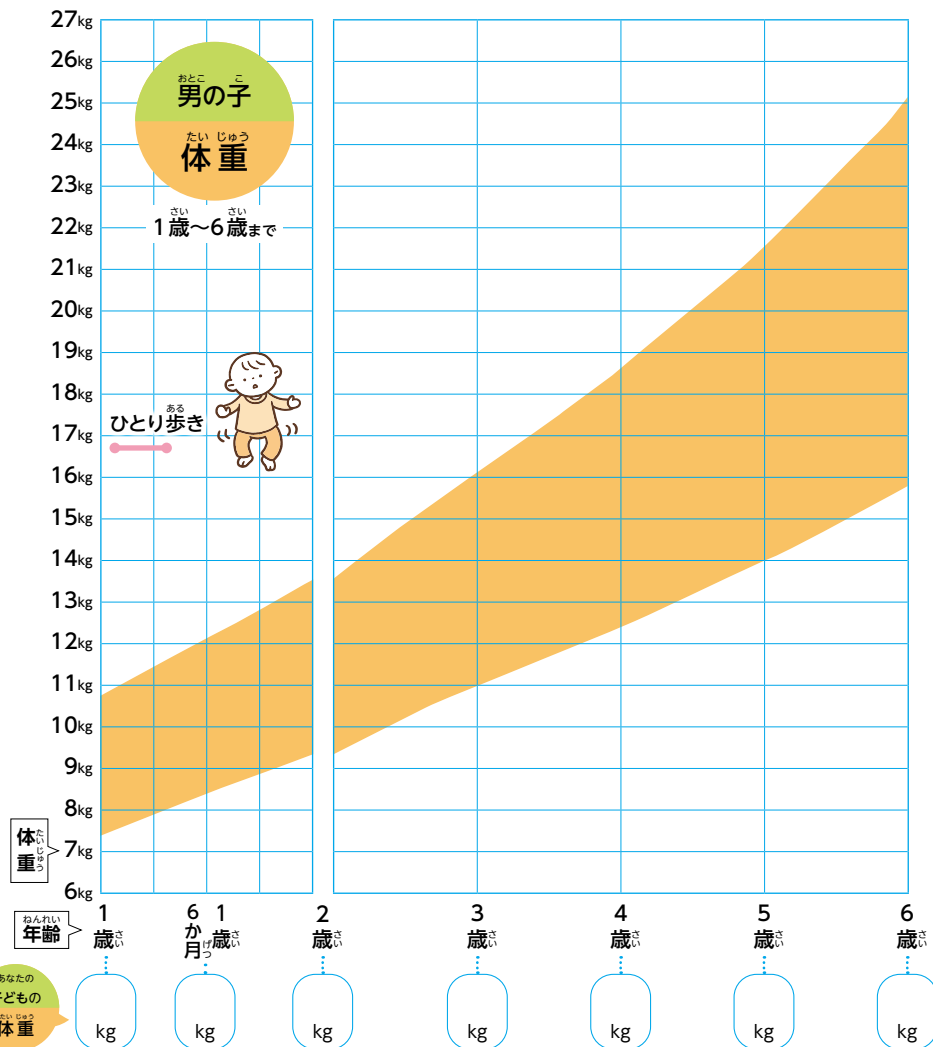
首すわり	ねがえり	ひとりすわり	はいはい	つかまり立ち
が 月 に 日	が 月 に 日	が 月 に 日	が 月 に 日	が 月 に 日



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。



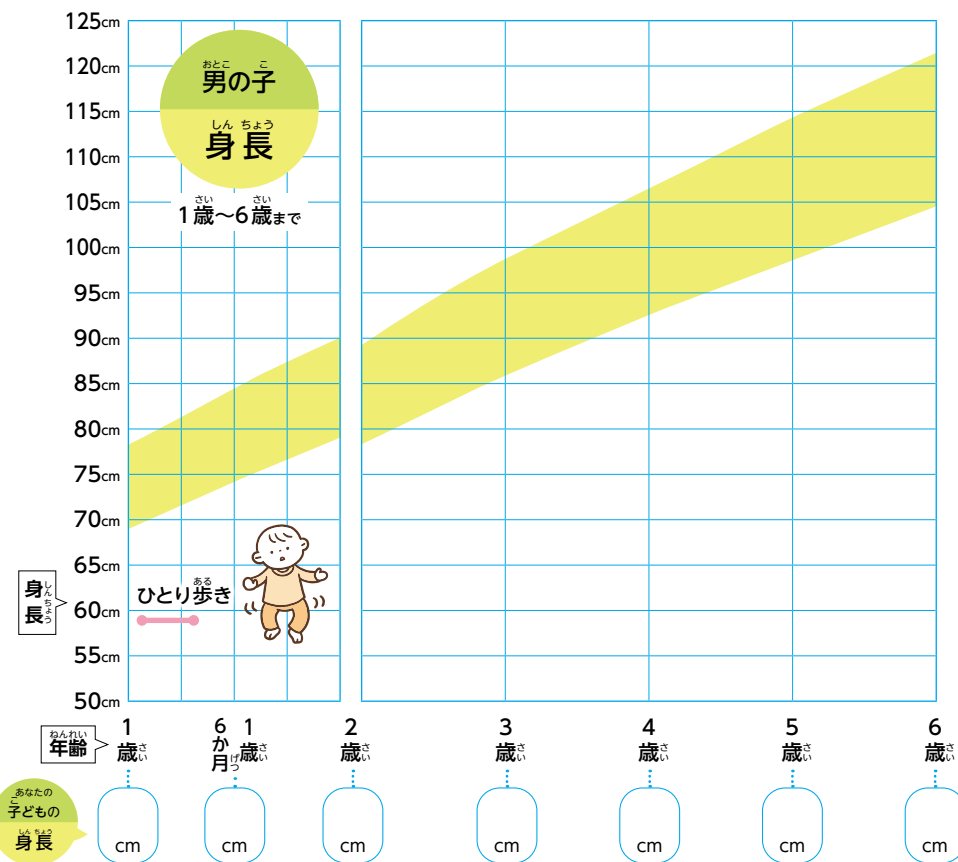
オレンジ色や きみどり色の中に 印 (●) が 入らなくても 今すぐに 異常では ありません。
心配なときは、医師や 保健師や 助産師に 相談しましょう。



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) こども家庭庁令和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 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。

ひとり歩き

月 日

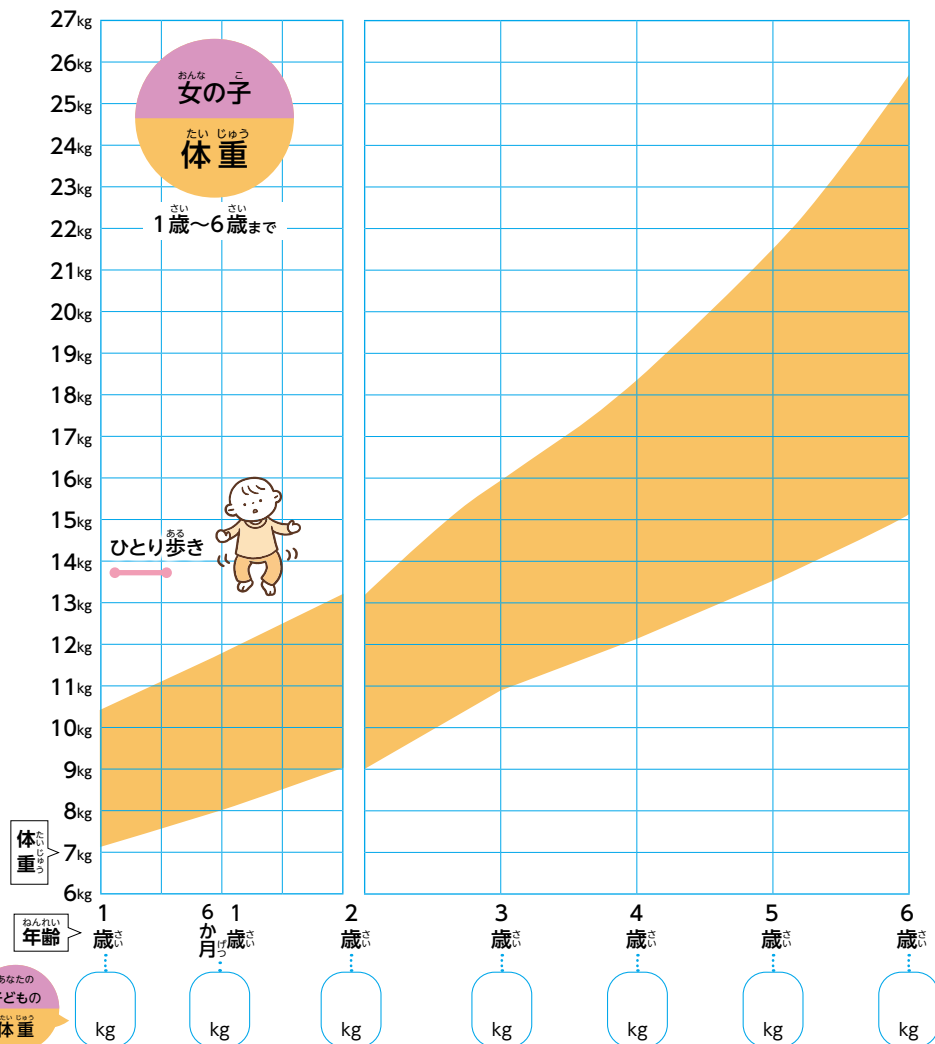




お子さんの体重を、はかった年齢に書きましょう。グラフに印(●)をつけましょう。

女の子 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。



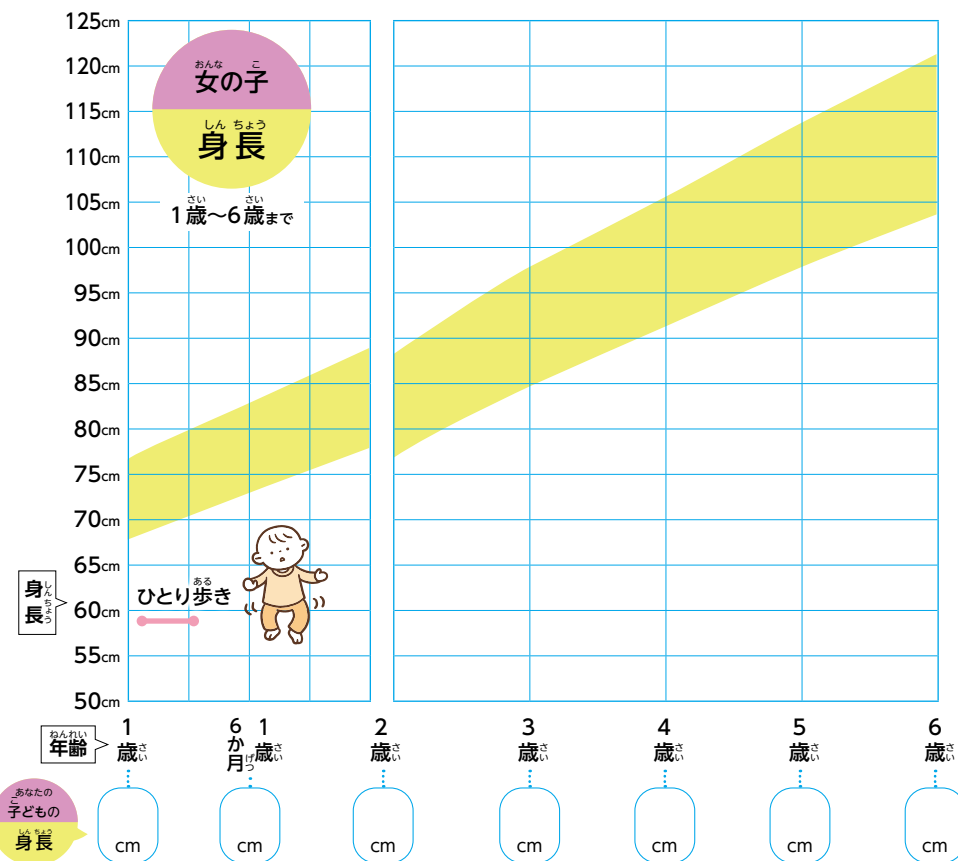
オレンジ色やきみどり色の中に印(●)が入らなくても今すぐに異常ではありません。
心配なときは、医師や保健師や助産師に相談しましょう。



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。

れいわ ねんちようさ (出典) こども家庭庁令和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。
あなたの子どもの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。

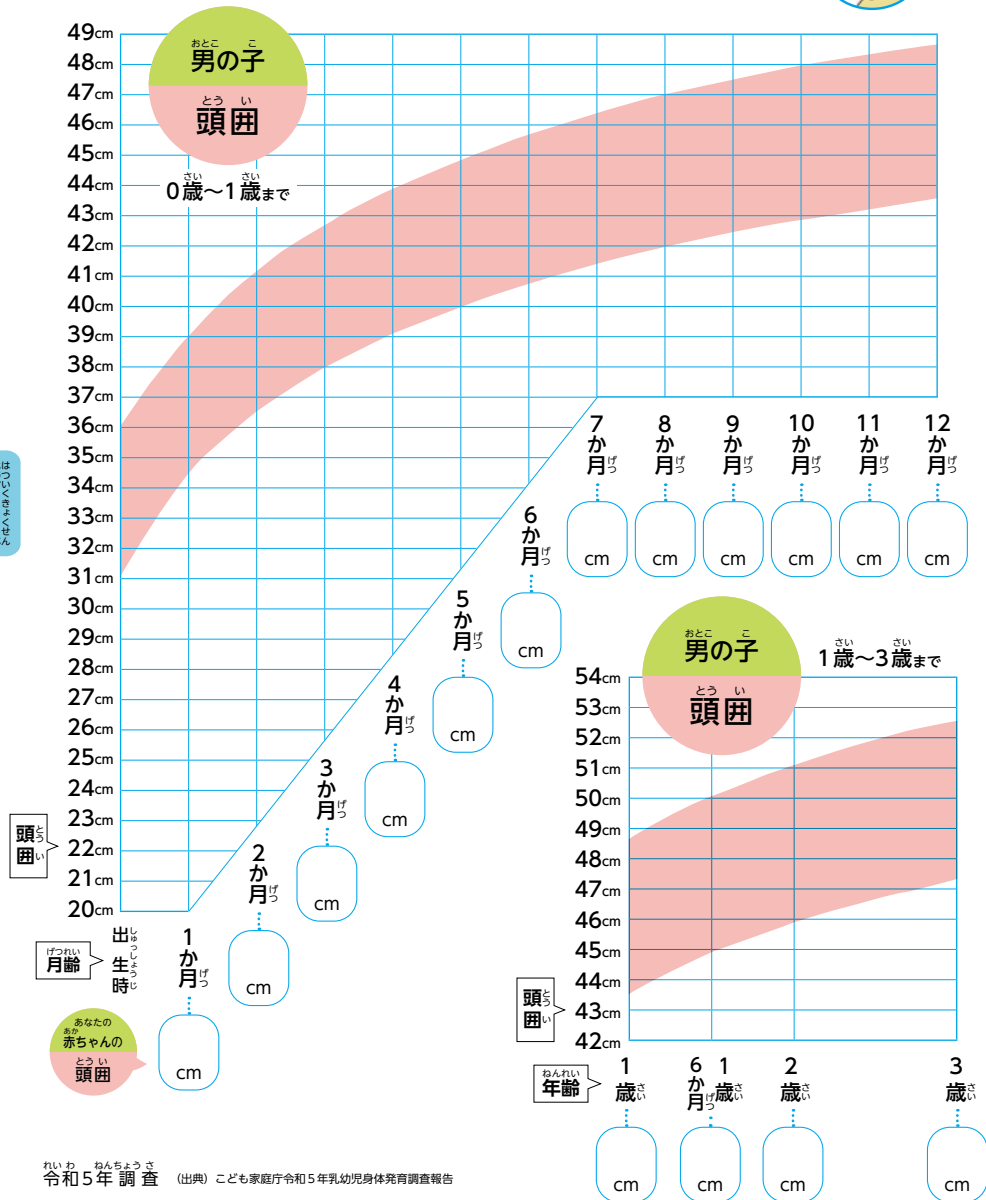
ひとり歩き	
月	日



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。

男の子 赤ちゃんとお子さんのからだの成長を表す曲線

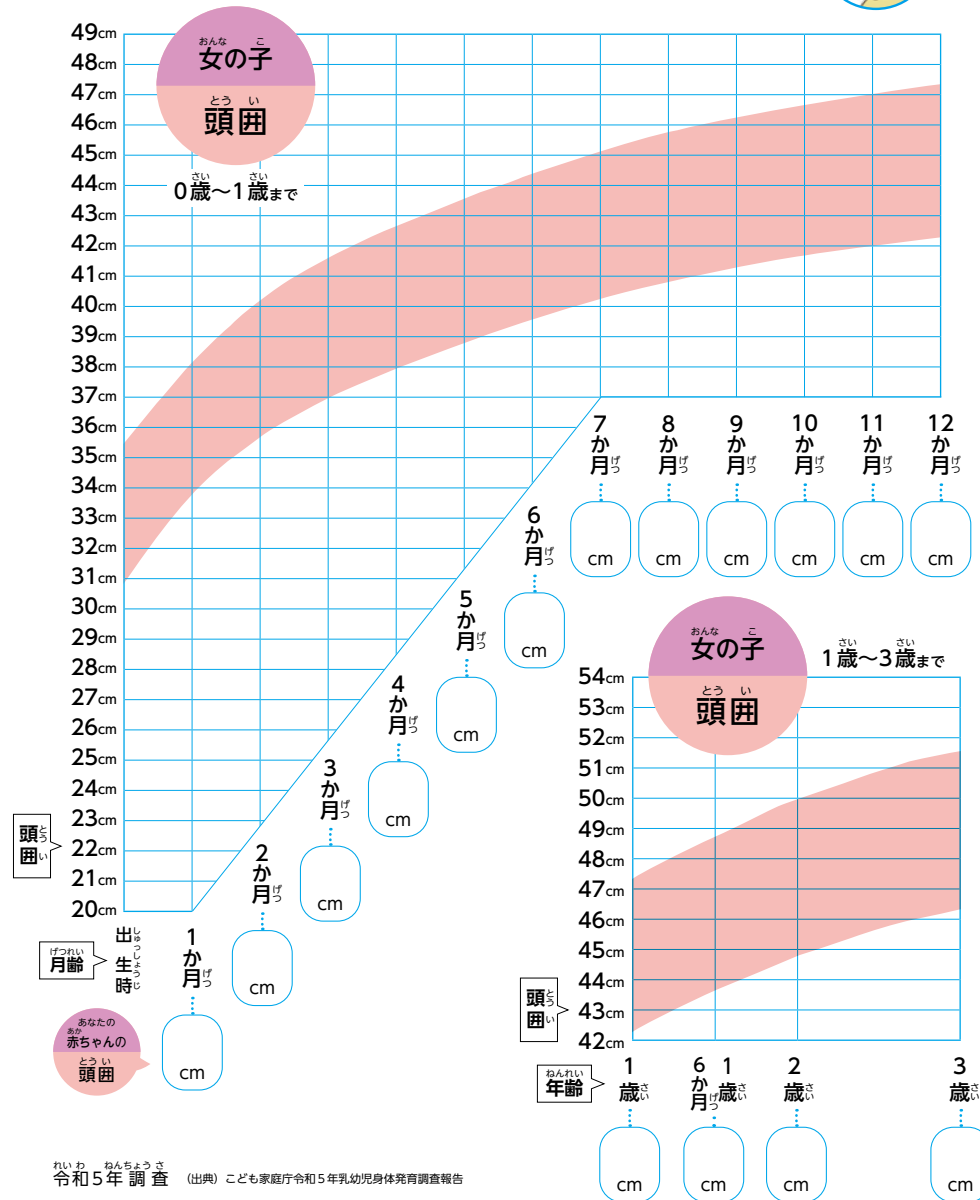
グラフのピンク色の部分は、多くの赤ちゃんの頭囲の長さをあらわします。



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。

女の子 赤ちゃんとお子さん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 ぼう せつ しゅ き るく
予防接種の記録 (1) Immunization Record

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。

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
できることもあります。

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 人の名前 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 ※5価経口弱毒生 ロタウイルス ワクチンのみ3回目を 接種1回	1回			
	2回			
	3回			



よ ぼう せつ しゅ き るく
予防接種の記録 (2) Immunization Record

5種混合

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・インフルエンザ菌 b 型 (Hib)

Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio・Haemophilus 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					

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



予防接種のときに書いてもらいましょう。

予防接種の記録 (3) Immunization Record

にほんのうえん Japanese Encephalitis				
じ き 時期	せつしゅねんがっ び 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 な まえ 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 き 第1期 しょかい 初回	かい 1回			
	かい 2回			
だい き つい か 第1期 追加				
だい き 第2期				

ワクチンの種類 Vaccine	せつしゅねんがっ び 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 な まえ 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)
ヒトパピローマ ウイルス (HPV) Human Papillomavirus	かい 1回			
	かい 2回			
	かい 3回			

くすり た もの
薬や 食べ物などの アレルギーについて 書くところ



予防接種のときに書いてもらいましょう。

予防接種の記録 (4) Immunization Record

ワクチンの種類 Vaccine	せつしゅねんがっ び 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.	い し な まえ 医師の 名前 Physicia	き にゅう 記入らん Remarks (接種の位置や量など)
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 ねんれい 年齢		乳 児 期 にゅうじき								幼 児 期 ようじき						学 童 期 がくどうき					
		2 か 月 げつ	3 か 月 げつ	4 か 月 げつ	5 か 月 げつ	6 か 月 げつ	7 か 月 げつ	8 か 月 げつ	9 か 月 げつ	12 か 月 げつ	15 か 月 げつ	18 か 月 げつ	2 歳 さい	3 歳 さい	4 歳 さい	5 歳 さい	6 歳 さい	7 歳 さい	8 歳 さい	9 歳 さい	10歳～ さい
ワクチンの種類 しゅるい ワクチン		定期接種 ていきせつしゅ (国や自治体が行う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 しょうにはいえんきゅうきん		①	②	③						④											
B型肝炎 ビーがたかんえん B型肝炎		①	②					③													
ロタ ウイルス	1価 か	①	②																		
	5価 か	①	②	③																	
5種混合 しゅごこんごう		①	②	③						④											
BCG ビーシージー					①																
麻疹・風しん てんある (MR)										①					②						
水痘 (ぼうそう)										①	②										
日本脳炎 にほんのうえん												①	②	③					④ 9～12歳 2(期)		
2種混合 こんごう																				① 11～12歳 2(期)	
ヒトパピ ローマ ウイルス (HPV)	2価 か 4価 か 9価 か																			①②③ 12～13歳	
ワクチンの種類 しゅるい ワクチン		任意接種 にんいせつしゅ (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。費用がかかります。)																			
おたふくかぜ										①					②						
インフルエンザ																					
		6か月より毎年 ①②																			

①は1回目
②は2回目
③は3回目
④は4回目
を表しています



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（Hib）	肺炎[肺の病気]、髄膜炎[脳をつつむ髄膜に炎症が起る病気]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。肺が菌がふえ、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起こします。食が落ちる、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人くらい脳や肺にえんしょうがおこり、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。
ロタウイルス	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やすくなります。	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。
ジフテリア	たか熱やのどのいたみ、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って死んでしまうこともあります。	日本脳炎	たか熱がでて、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。
百日せき	かぜの症状ではじまり、せきがひどくなる病気です。せきで息ができなくなって死んでしまうことがあります。	ヒトパピローマウイルス	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。
破傷風	土の中にいる破傷菌が傷口から入ることでおこります。菌がだす毒で手足がしびれる、口が開かないなどの症状がおこります。さいごには全身の筋肉がこたくなり死んでしまうことがあります。	かぜ	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。
ポリオ	かぜと同じ症状がでるだけの人がほとんどです。しかし、手足が動かない「小児まひ」になる人もいます。	インフル	たか熱がでて、頭がいたくなったり、からだのだるくなったりします。かぜより、症状が重いです。



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

このような病気に
かかったときに、
きちんと書いて
おきましょう



- 水痘（水ぼうそう）や 風しんなどの 感染する病気
- アトピー性皮膚炎や 喘息などの アレルギーで おこる病気
- 骨折などの けが
- 心臓病などの 大きい病気

病名	年月日 (年齢)	記入らん (症状、合併症[合わせて起こった病気]、治療、 手術、手術の状況など)



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。

歯の健康診査・保健指導・予防の手当

診査日	年	月	日	診査時の年齢	歳	か月
虫歯や歯ぐきの病気に ならないための指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			虫歯や歯ぐきの病気に ならないための治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6				歯ぐき・ 粘膜 [□のうちがわ]	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ()	
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	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要	
6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6				歯の形・色	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ()	

歯の状態を表す記号 問題のない歯：/ むし歯：C むし歯を治療した歯：O 抜けた歯：△

■その他

■診査施設名 または 歯科医師名

診査日	年	月	日	診査時の年齢	歳	か月
虫歯や歯ぐきの病気に ならないための指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			虫歯や歯ぐきの病気に ならないための治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6				歯ぐき・ 粘膜 [□のうちがわ]	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ()	
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	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 引きつづき かんさつが必要	
6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6				歯の形・色	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ()	

歯の状態を表す記号 問題のない歯：/ むし歯：C むし歯を治療した歯：O 抜けた歯：△

■その他

■診査施設名 または 歯科医師名

医療についての連絡先メモ



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、お金がしはられる制度です。
登録証は、妊産婦がこの制度を使うことをしめします。



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	助産師の氏名	
	住所	連絡先	
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		

※ 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。



子ども医療電話相談事業

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



厚生労働省



このとおりにおすとつながります



こどもの救急ホームページ



（公社）日本小児科学会
こどもの救急ホームページ



すぐ病院につれて行くべきかわからないときに

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求めましょう。

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。

災害が 起こった 時	様子を 知る ための方法	(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
	連絡方法	(例) ●けいたい電話 ●メール ●災害用伝言ダイヤルなど
	急ぐ時の 連絡先、相談先	(例) ●家族 ●いつも連絡や相談をしている人 ●市区町村の災害対策窓口など
	地域の避難場所 住んでいる地域の 避難場所を 知っておきましょう。	安全に避難できる道を、歩いてたしかめましょう。
	もって出るもの 生活するときに かならず必要な ものを準備して おきましょう。	(例) ●母子健康手帳 ●病院の診察券 ●保険証 ●いつも飲んでる薬 ●買っておくよい薬（熱を下げる薬、かぜ薬、おなかの悪い薬など） ●妊婦は、病院でもらった薬 ●生理用品 ●衛生用品（ティッシュ・トイレトペーパー・救急セット・マスク・歯ブラシ・タオル・下着など）
	家庭で 災害への準備	(例) ●生活でかならず使うものを家にしておく。 ●家具がたおれないように、とめておく。
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ってもわかるように、アプリやクラウド
サービスを使うのもいいでしょう。家族と相談しておいてください。



もって出るも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)

事業主どの (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	
<input type="checkbox"/> つわり	<input type="checkbox"/> 妊娠悪阻
<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ
<input type="checkbox"/> 腹部緊満感	<input type="checkbox"/> 子宮収縮
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 性器出血
<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 痔
<input type="checkbox"/> 静脈瘤	<input type="checkbox"/> 浮腫
<input type="checkbox"/> 手や手首の痛み	<input type="checkbox"/> 頻尿
<input type="checkbox"/> 排尿時痛	<input type="checkbox"/> 残尿感
<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 動悸
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 血圧の上昇
<input type="checkbox"/> 蛋白尿	
<input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病	<input type="checkbox"/> 赤ちゃん(胎児)が週数に比べ小さい
<input type="checkbox"/> 多胎妊娠(胎)	
<input type="checkbox"/> 産後体調が悪い	<input type="checkbox"/> 妊娠中・産後の不安・不眠・落ち着かないなど
<input type="checkbox"/> 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。

妊娠婦がすべきこと		指導内容
やす 休む	入院して治療する	
	自宅で治療する	
はたらく時間を短くする		
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の できない作業	
ストレス・きんちょうを多く感じる作業		
妊娠婦がすべきことの くいしい内容や、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

今わかつている予定期間に○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。

妊娠中の運動を にくにする (家で はたらくときも ふくむ)	
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

年 月 日

上に書かれたとおり、医師等が 指てきた内容について

実行することを おねがいます。

所属 _____

名前 _____

事業主どの (あなたを やっている人)

(参考) 症状などに対して 考えられる指導内容の例

症 状名など	指導内容の例
<p>つわり</p> <p>〔はきけがしたり、はいてしまつて食べることができない〕</p> <p>妊娠悪阻</p> <p>〔つわりのひどい状態〕</p>	<p>■仕事を休み、入院して治療する ■はたらく時間を 短くする</p> <p>■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</p> <p>■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</p> <p>■こみあっていない時間に 通勤する</p> <p>■休けい時間を 長くする ■休けいの回数を ふやす など</p>
<p>貧血</p> <p>めまい・立ちくらみ</p>	<p>■はたらく時間を 短くする ■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</p> <p>■ストレス・きんちょうを 多く感じる作業を へらす または やめる</p> <p>■こみあっていない時間に 通勤する</p> <p>■休けい時間を 長くする ■休けいの回数を ふやす など</p>
<p>腹部緊満</p> <p>子宮収縮</p> <p>〔おなかのはり〕</p>	<p>■仕事を休み 入院か 自たくで治療する ■はたらく時間を 短くする</p> <p>■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</p> <p>■こみあっていない時間に 通勤する</p> <p>■休けい時間を 長くする ■休けいの回数を ふやす など</p>
<p>腹痛</p> <p>性器出血</p> <p>〔性器から 血が出る〕</p>	<p>■仕事を休み 入院して治療する</p> <p>■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</p>
<p>腰痛</p>	<p>■仕事を休み 自たくで治療する ■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 など</p>
<p>痔</p> <p>〔うんちが出る ころもん びょうき 肛門の病気〕</p>	<p>■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</p> <p>■休けい時間を 長くする ■休けいの回数を ふやす など</p>
<p>静脈瘤</p> <p>〔血管が ふくらんで こぶのようになる〕</p>	<p>■はたらく時間を 短くする ■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</p> <p>■休けい時間を 長くする ■休けいの回数を ふやす など</p>
<p>浮腫〔むくみ〕</p>	<p>■はたらく時間を 短くする ■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</p> <p>■休けい時間を 長くする ■休けいの回数を ふやす など</p>
<p>手や手首の いたみ</p>	<p>■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 など</p>

症 状名など	指導内容の例
<p>頻尿〔尿がでにくい〕</p> <p>排尿時痛</p> <p>〔尿がでるときに いたみがある〕</p> <p>残尿感〔尿がでた後でも、尿 が のこっているように 感じる〕</p>	<p>■仕事を休み 入院か 自たくで治療する</p> <p>■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</p> <p>■休けい時間を 長くする</p> <p>■休けいの回数を ふやす など</p>
<p>全身倦怠感</p> <p>〔からだ全体に つかれを感じる〕</p>	<p>■仕事を休み 入院か 自たくで治療する ■はたらく時間を 短くする</p> <p>■からだの 負たんが 大きい作業を へらす または やめる</p> <p>■休けい時間を 長くする ■休けいの回数を ふやす</p> <p>■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</p>
<p>動悸〔心臓が動く ドキドキする様子を 感じる状態〕</p>	<p>■仕事を休み 入院か 自たくで治療する</p> <p>■からだの 負たんが 大きい作業を へらす または やめる</p> <p>■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</p>
<p>頭痛</p>	
<p>血圧の上 昇</p> <p>〔血圧が高い〕</p>	<p>■仕事を休み 入院か 自たくで治療する ■はたらく時間を 短くする</p> <p>■からだの 負たんが 大きい作業を へらす または やめる</p> <p>■ストレス・きんちょうを 多く感じる作業を へらす または やめる</p> <p>■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</p>
<p>蛋白 尿</p> <p>〔尿に蛋白が できる〕</p>	<p>■仕事を休み 入院か 自たくで治療する ■はたらく時間を 短くする</p> <p>■からだの 負たんが 大きい作業を へらす または やめる</p> <p>■ストレス・きんちょうを 多く感じる作業を へらす または やめる など</p>
<p>妊娠糖尿病〔妊娠中に 血液の糖が 高くなる〕</p>	<p>■仕事を休み 入院か 自たくで治療する</p> <p>■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</p>
<p>赤ちゃんが 小さい</p> <p>多胎妊娠</p> <p>〔ふたごや 三つ子を 妊娠する〕</p>	<p>■仕事を休み 入院か 自たくで治療する</p> <p>■はたらく時間を 短くする</p> <p>■からだの 負たんが 大きい作業を へらす または やめる</p> <p>■ストレス・きんちょうを 多く感じる作業を へらす または やめる</p>
<p>産後</p> <p>からだの調子が 悪い</p>	<p>■こみあっていない時間に 通勤する</p> <p>■休けい時間を 長くする</p> <p>■休けいの回数を ふやす など</p>
<p>妊娠中・産後の不安・ねむれない・落ち着かないなど</p>	<p>■仕事を休み 入院か 自たくで治療する ■はたらく時間を 短くする</p> <p>■ストレス・きんちょうを 多く感じる作業を へらす または やめる</p> <p>■こみあっていない 時間に 通勤する</p> <p>■休けい時間を 長くする ■休けいの回数を ふやす など</p>
<p>合併症など〔ある病気にあわせて起こる病気〕</p>	<p>■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</p>