

雇児発1228第1号

平成23年12月28日

各

都道府県知事
政令市長
特別区長

 殿

厚生労働省雇用均等・児童家庭局長

母子保健法施行規則の一部を改正する省令の公布について

母子保健法施行規則（昭和40年厚生省令第55号。以下「省令」という。）の一部が、母子保健法施行規則の一部を改正する省令（平成23年厚生労働省令第158号。以下「改正省令」という。）をもって改正され、本日公布されたところであるが、改正の内容等は下記のとおりであるので、御了知願うとともに、都道府県におかれては、貴管内市町村に周知されるようお願いする。

記

第1 改正の趣旨

平成22年乳幼児身体発育調査の結果及び近年の母子保健をめぐる状況の変化等を踏まえ、省令様式第3号（以下「省令様式」という。）について下記の改正を行ったものである。

第2 改正の内容

- 1 妊娠経過の記載欄について、近年のハイリスク妊娠の増加、妊産婦の安全に関する意識や状況の変化及び妊産婦健康診査の充実を受け、
 - (1) 妊娠・分娩の際のリスクに関する情報の追記、

(2) 妊婦健康診査の記録欄の拡充、

(3) 妊産婦等の自由記載欄の拡充、

を行うこと。

2 成長発達の確認項目の一部について、保護者が記載しやすいよう、達成時期を記載する形式に改めること。

3 胆道閉鎖症等、生後1ヶ月前後に便色の異常を呈する疾患の早期発見のため、新生児の便色に関する情報を提供できるようにすること。

4 平成22年乳幼児身体発育調査の結果に基づき、乳幼児身体発育曲線及び幼児の身長体重曲線を改訂すること。

5 その他所要の改正を行うこと。

第3 施行期日等

1 平成24年4月1日から施行すること。

2 改正省令による改正前の省令様式は、当分の間、改正省令による改正後の省令様式によるものとみなすこと。

○厚生労働省令第百五十八号

母子保健法(昭和四十年法律第百四十一号)第
十六條第三項の規定に基づき、母子保健法施行規
則の一部を改正する省令を次のように定める。

平成二十三年十二月二十八日

厚生労働大臣 小宮山洋子

母子保健法施行規則の一部を改正する省令
母子保健法施行規則(昭和四十年厚生省令第
十五号)の一部を次のように改正する。

様式第三号（第七条関係）

市町村（特別区）名

母子健康手帳

平成 年 月 日 交付 No. _____

保護者の氏名： _____

子の氏名： _____ (第 子)

生年月日：平成 年 月 日 性別： _____

<この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。>

子の保護者		続柄	氏名	生年月日（年齢）	職業
母 (妊婦)				年 月 日生（ 歳）	
父				年 月 日生（ 歳）	
居住地		電話			
		電話			
		電話			

出生届出済証明

子の氏名		男・女
出生の場所	都道府県	市区町村
出生の年月日	年 月 日	

上記の者については
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長 印

※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。

<このページは妊婦自身で記入してください。>
妊婦の健康状態等

妊婦	身長	cm	ふだんの体重	kg	結婚年齢	歳
	BMI		BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)			
			(体格指数)			

○次の病気にかかったことがありますか。(あるものに○印)
 高血圧 慢性腎炎 糖尿病 肝炎 心臓病 甲状腺の病気
 精神疾患 (心の病気) その他病気 (病名)
 ○次の感染症にかかったことがありますか。
 風しん (三日はしか) (はい) () 歳 予防接種を受けた
 麻疹 (はしか) (はい) () 歳 予防接種を受けた
 水痘 (水ぼうそう) (はい) () 歳 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。
 (はい) () あり (病名)
 (なし) () なし (病名)
 ○服用中の薬 (常用薬) ()

○家庭や仕事など日常生活で強いストレスを感じていますか。 はい いいえ
 ○今回の妊娠に際し、過去の妊娠・分娩に関連し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 ()

○たばこを吸いますか。 いいえ (1日 本)
 ○同居者は同居でしたばこを吸いますか。 いいえ (1日 本)
 ○酒類を飲みますか。 いいえ (1日 程度)
 ※喫煙と飲酒は、赤ちゃんの成長に大きな影響を及ぼしますので、やめましょう。

夫の健康状態 健康 よくない (病名)

いままでの妊娠

出産年月	妊娠・出産・産後の状態	出生児の体重・性別	現在の子の状態
年 月	正常・異常(妊娠 週(第 月)頃)	男 女	健・否

※妊娠についての悩みや、出産・育児の不安がある方は、保健所、市町村(保健センター)、医療機関等に気軽に相談しましょう。

<このページは妊婦自身で記入してください。>
妊婦の職業と環境

妊婦	職業	業	妊婦
妊娠中に気づいたときの状況	仕事の内容と職場環境*	1日約 () 時間・() 時~ () 時	
	仕事をする時間	交代制など変則的な勤務 (あり・なし)	
	通勤や仕事に利用する乗り物		
	通勤の時間	片道 () 分	
	通勤の時間	混雑の程度	ひどい・普通
妊娠してからの変更点	仕事を休んだ (妊娠 週 (第 月) のとき)	仕事を休んだ (妊娠 週 (第 月) のとき)	
	仕事をやめた (妊娠 週 (第 月) のとき)	仕事をやめた (妊娠 週 (第 月) のとき)	
産前休業	月 日から 月 日まで	産後休業	月 日から 月 日まで
育児休業	月 日から 月 日まで	育児休業	月 日から 月 日まで
(父親・母親)	月 日から 月 日まで	(父親・母親)	月 日から 月 日まで
住居の種類	一戸建て (階建) 階・エレベーター: 有・無) 集合住宅 () その他 ()	騒音	静・普通・騒
同居	子ども () その他 ()	騒音	静・普通・悪

※立ち作業など負担の大きい作業が多い、室温度が低い、たばこの煙がひどい、振動が多い、ストレスが多い、休憩がとりにくい、時間外労働が多いなどの特記事項も記入してください。

妊婦自身の記録 (1)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える両親の気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊婦

< 妊娠 3 か月 > 妊娠 8 週 ~ 妊娠 11 週 (月 日 ~ 月 日)

※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておく心安いです。

< 妊娠 4 か月 > 妊娠 12 週 ~ 妊娠 15 週 (月 日 ~ 月 日)

※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう (以降も各種検査結果について確認しましょう)。
※里帰り出産を予定している場合は、医師や助産師、家族と話し合い、準備しましょう。

最終月経開始日	年	月	日
この妊娠の初診日	年	月	日
胎動を感じた日	年	月	日
分娩予定日	年	月	日

※働く女性は、妊婦健康診査で医師等から指導 (予防的措置も含みます。)があった際は、「母性健康管理指導事項連絡カード」を活用しましょう。

妊婦自身の記録 (2)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える両親の気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊婦

< 妊娠 5 か月 > 妊娠 16 週 ~ 妊娠 19 週 (月 日 ~ 月 日)

※働く女性・男性のための出産、育児に関する制度を確認しましょう。

< 妊娠 6 か月 > 妊娠 20 週 ~ 妊娠 23 週 (月 日 ~ 月 日)

※胎動を感じた時の気持ちを書いておきましょう。

※妊婦健康診査は必ず受けましょう。でも、身体にはいろいろな変化が起こっています。気がかりなことや不安なことを医師に相談しましょう。

※妊娠中注意したい症状
次のような症状は、母体や胎児に重大な影響を及ぼす病気の症状かもしれ
ませんので、医師に相談しましょう。

むくみ・性器出血・おなかの張り・腰痛・発熱・下痢・がんこな便秘
ふだんと違ったおりもの・強い頭痛・めまい・はきけ・嘔吐
また、つわりで衰弱がひどいとき、イライラや動悸がはげしく、不安感が
強いとき、今までであった胎動を感じなくなったり、すぐに医師に相談
しましょう。

妊婦

妊婦自身の記録 (3)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える両親の気持ちなどを書き留めておきましょう。

<妊娠7か月> 妊娠24週 ~ 妊娠27週 (月 日 ~ 月 日)

<妊娠8か月> 妊娠28週 ~ 妊娠31週 (月 日 ~ 月 日)

出産前後の居住地	住所	電話
妊娠・分娩に係る連絡先(知らせて欲しい人)	氏名 TEL 氏名 FAX	電話 電話
分娩施設への方法	自家用車・タクシー・徒歩・その他()	所要時間 (タクシー・徒歩・その他)
出産前後、家事や育児を手伝ってくれる人		

※出血や破水、おなかの強い張りや痛み、胎動の減少を感じたら、すぐに医療機関で受診しましょう。

妊婦

妊婦自身の記録 (4)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える両親の気持ちなどを書き留めておきましょう。

<妊娠9か月> 妊娠32週 ~ 妊娠35週 (月 日 ~ 月 日)

<妊娠10か月> 妊娠36週 ~ 妊娠39週 (月 日 ~ 月 日)

妊娠40週 (月 日 ~)	出産日: 年 月 日
	※赤ちゃん誕生を迎えた両親の気持ちを記入しておきましょう。

※出血や破水、おなかの強い張りや痛み、胎動の減少を感じたら、すぐに医療機関で受診しましょう。

検査の記録

検査項目	検査年月日	備考
血液型	年 月 日	ABO 型 Rh
不規則抗体	年 月 日	
子宮頸がん検診	年 月 日	
梅毒血清反応	年 月 日	
HBs 抗原	年 月 日	
HCV 抗体	年 月 日	
HIV 抗体	年 月 日	
風しんウイルス抗体	年 月 日	
HTLV-1 抗体	年 月 日	
クラミジア抗原	年 月 日	
B 群溶血性連鎖球菌	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

※検査結果を記録する場合は、妊婦に説明し同意を得ること。

妊娠

妊娠

予備欄

母親（両親）学級受講記録

<このページは妊婦自身で記入してください。>

妊婦	受 護 年 月 日	課 目	備 考
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

予 備 欄

妊娠中と産後の歯の状態

(上顎)

(下顎)

初回診査	年 月 日
妊 娠	週
要治療の	なし
むし歯	あり (本)
歯 石	なし
歯 肉 の 炎	なし (要指導) あり (要治療)
特記事項	
施設名	
担当者名	

歯の状態記号：健全歯 / むし歯 (未処理歯) C
 処置歯 ○ 喪失歯 △

年	月	日診査	施設名又は担当者名	妊娠・産後													
				歯 石	歯 肉 の 炎												
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	なし	あり
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	なし	あり (要指導)
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	なし	あり (要治療)

※むし歯や歯周病などの病気は妊娠中に悪くなりやすいものです。歯周病は早産等の原因となることがあるので注意し、歯科医師に相談しましょう。
 ※歯科医師にかかるときは、妊娠中であることを話してください。

出 産 の 状 態

妊 娠 期 間	妊 娠 週 日		
娩 出 日 時	年 月 日 午 前 時 分		
分 娩 経 過	頭位 ・ 骨盤位 ・ その他 () 特記事項		
分 娩 方 法			
分 娩 可 要 時 間	出 血 量 少 量 ・ 中 量 ・ 多 量 (ml)		
輸 血 (血 液 製 剤 含 む) の 有 無	無 ・ 有 ()		
出 産 時 の 児 の 状 態	性 別 ・ 数	男 ・ 女 ・ 不 明	単 ・ 多 (胎)
	計 測 値	体 重	g cm
		胸 囲	cm 頭 囲
特 別 な 所 見 ・ 処 置 新 生 児 仮 死 → (死 亡 ・ 蘇 生) ・ 死 産			
証 明	死 産 証 書 ・ 出 生 証 明 書 及 び 死 亡 診 断 書 (死 胎 検 査 書)		
出 産 の 場 所 名 称			
分 娩 取 扱 者 氏 名	医 師	そ の 他	
	助 産 師		

出 産

< 出 産 後 ・ 退 院 時 の 診 察 の と き に 記 入 し て も ら い ま し ょ う 。 >

出 産 後 の 母 体 の 経 過

産 後 日 月 数	子 宮 復 古	悪 露	乳 房 の 状 態	血 圧	尿 蛋 白	尿 糖	体 重 備 考
	良 ・ 否	正 ・ 否		/	— 十 #	— 十 #	kg
	良 ・ 否	正 ・ 否		/	— 十 #	— 十 #	
	良 ・ 否	正 ・ 否		/	— 十 #	— 十 #	
	良 ・ 否	正 ・ 否		/	— 十 #	— 十 #	
	良 ・ 否	正 ・ 否		/	— 十 #	— 十 #	

出 産

母 親 自 身 の 記 録

- 赤 ち ゃ ん に 初 め て お 乳 を 飲 ま せ た の は 生 後 () 時 間 目 で す 。
- そ の と き 、 与 え た お 乳 は (母 乳 ・ 人 工 乳) で す 。
- 気 が 沈 ん だ り 涙 も ろ く な っ た り 、 何 も や る 気 に な れ な い と い っ た こ と が あ り ま す か 。
- いいえ はい 何 と も い え な い
- 産 後 、 気 が つ い た こ と 、 変 わ っ た こ と が あ れ ば 医 師 、 助 産 師 な ど に 相 談 し ま し ょ う 。

入 浴	産 後 日 (月 日)	家 事 開 始	産 後 日 (月 日)
家 事 以 外 の 労 働 開 始	産 後 日 (月 日)	月 経 再 開	年 月 日
家 族 計 画 指 導	な し ・ あ り (医 師 ・ 受 胎 調 節 実 地 指 導 員 ・ 助 産 師) 年 月 日		

早期新生児期【生後 1 週間以内】の経過

日 齢*	体 重 (g)	哺 乳 力	黄	痘 瘡	そ の 他
		普通・弱	なし・普通・強		
		普通・弱	なし・普通・強		
ビタミンK ₂ 注射液与 実施日 / /					

出生時またはその後の異常：なし ()
 あり () その処置 ()

乳児

退院時の記録 (年 月 日 生後 日)

体 重 g 栄 養 法 母 乳 ・ 混 合 ・ 人 工 乳

引き続き観察を要する事項：

施設名又は担当者名

電 話

後期新生児期【生後 1～4 週】の経過

日 齢*	体 重 (g)	哺 乳 力	栄 養 法	施設名又は担当者名
		普通・弱	母乳・混合・人工乳	
		普通・弱	母乳・混合・人工乳	

新生児訪問指導等の記録 (年 月 日 生後 日)

日 齢* 体 重 (g) 身 長 (cm) 胸 囲 (cm) 頭 囲 (cm) 栄 養 法

母 乳 ・ 混 合 ・ 人 工 乳

施設名又は担当者名

特記事項：

※生まれた当日を 0 日として数えること。

検査の記録

検 査 項 目	検 査 年 月 日	備 考
先天性代謝異常検査	年 月 日	
新生児聴覚検査	年 月 日	

※検査結果を記録する場合は、保護者に説明し同意を得ること。

予 備 欄

乳児

保護者の記録【1か月頃】 (年 月 日 記録)

- 年 月 日で1か月になりました。
- 裸にすると手足をよく動かしますか。 はい いいえ
 - お乳をよく飲みますか。 はい いいえ
 - 大きな音にビクッと手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか。 はい いいえ
 - おへそはかわいていますか。 はい いいえ
 - (ジクジクしている時は医師にみてもらいましょう。)
 - 子育てについて気軽に相談できる人はいいますか。 はい いいえ
 - 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか。 はい いいえ
 - 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

乳児

※これからの予防接種のスケジュールを確認しましょう。

便色の確認の記録

うんちの色に注意しましょう

明るいところでもカードの色と見比べてください。

1番～3番に近い色だと思おう

4番～7番だったのが1番～3番に近くなった

どちらかが当てはまるときは、胆道閉鎖症などの病気の可能性がありますので、診察を受けてください。

便色の記入欄 (観察日と右欄に当てはまる色番号)

生後2週 年 月 日 番

生後1か月 年 月 日 番

生後1～4か月 年 月 日 番

生後4か月くらいまでは、うんちの色に注意が必要です。生後2週を過ぎても反脔や白目(しろめ)が黄色い、おしっこが濃い黄色の場合にも、医師等に相談しましょう。

1番	1番	1番
2番	2番	2番
3番	3番	3番
4番	4番	4番
5番	5番	5番
6番	6番	6番
7番	7番	7番

1 か月 児 健 康 診 査
(年 月 日 実 施 ・ か月 日)

体 重	g	身 長	cm
胸 囲	cm	頭 囲	cm
栄 養 状 態 :	良 ・ 要 指 導	栄 養 法 :	母 乳 ・ 混 合 ・ 人 工 乳
健 康 ・ 要 観 察			

乳 児

特記事項

施設名又は
担当者名

次の健康診査までの記録
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

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

保護者の記録【3～4か月頃】 (年 月 日 記録)

- 首がすわったのはいつですか。 (月 日頃)
 (「首がすわる」とは、支えなしで首がぐらつかない状態をいいます。)
- あやすとよく笑いますか。 はい いいえ
- 目つきや目の動きがおかしいのではないかと
 気になりますか。 いいえ はい
- 見えない方向から声をかけてみると、
 そちらの方を見ようとしますか。 はい いいえ
- 外気浴をしていますか。 はい いいえ
 (天気のよい日に薄着で散歩するなどしてあげましょう。)
- 子育てについて気軽に相談できる人はいいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や困難を感じることは
 ありますか。 いいえ はい 何ともいえな
 い
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しまし
 ょう。

乳児

3 ～ 4 か月 児 健康 診 査 (年 月 日実施・ か月 日)

体 重	g	身 長	cm
胸 囲	cm	頭 囲	cm
栄養状態:	良 ・ 要指導	栄養法:	母 乳・混 合・人工乳
股関節開排制限: なし ・ あり			
健康・要観察			
特記事項			

乳児

施設名又は 担当者名	
---------------	--

次の健康診査までの記録
 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

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

保護者の記録【6～7か月頃】 (年 月 日 記録)

- 寝返りをしたのはいつですか。 (月 日頃)
- ひとりずわりをしたのはいつですか。 (月 日頃)
(ひとりずわりとは、支えなくてもずわれることをいいます。)
- からだのそばにあるおもちゃに手をのぼしてつかみますか。 はい いいえ
- 家族といっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか。 はい いいえ
- テレビやラジオの音がしはじめると、すぐそちらを見ますか。 はい いいえ
- 離乳食を始めましたか。 はい いいえ
(離乳食を始めて1か月位したら1日2回食にし、食品の種類をふやしていきましょう。7、8か月頃から舌でつぶせる固さにします。)
- ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがありますか。* いいえ はい
- 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか。 はい いいえ
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、離乳食の心配、感想などを自由に記入しましょう。 いいえ はい 何ともいえない

乳児

*ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりするときは眼の病気の心配があります。すぐに眼科医の診察を受けましょう。

6 ～ 7 か月 児 健康 診 査 (年 月 日 実施・ 日)

体重	g	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm
栄養状態:	良・要指導	栄養法:	母乳・混合・人工乳
離乳:	開始・未開始	歯	本
口の中の疾患や異常*: なし・あり ()			
健康・異観察			

乳児

特記事項	
施設名又は担当者名	

次の健康診査までの記録 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	月齢	体重	身長	特記事項	施設名又は担当者名
		g	cm		

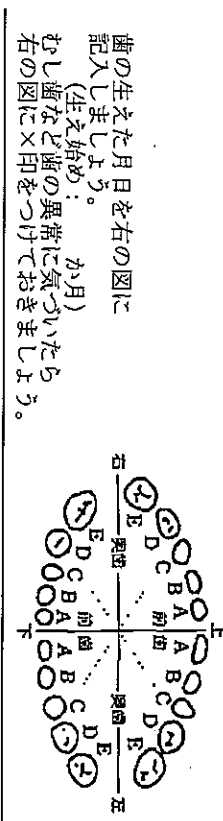
*口の中の疾患や異常は、むし歯、歯ぐきの病気、かみ合わせの不具合等を含みます。

乳児

保護者の記録【9～10か月頃】（年 月 日記録）

- はいはいをしたのはいつですか。 () 月 () 日頃
- つかまり立ちをしたのはいつですか。 () 月 () 日頃
- 指で、小さい物をつまみますか。 はい いいえ
- （たばこや豆などの異物誤飲に注意しましょう。）
- 機嫌よくひとり遊びが出来ますか。 はい いいえ
- 離乳食は順調にすすんでいきますか。 はい いいえ
- （離乳食を1日3回食にし、9か月頃から歯ぐきでつぶせる固さに入ります。）
- そつと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか。 はい いいえ
- 後追いをしますか。 はい いいえ
- 歯の生え方、形、色、歯肉などについて、気になることがありますか。 いいえ はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか。 いいえ はい
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

乳児



歯の生えた月日を右の図に記入しましょう。
 （生え始め： か月）
 むし歯など歯の異常に気づいたら右の図に×印をつけておきましょう。

9～10か月児健康診査
 （ ）年（ ）月（ ）日実施。か月（ ）日

体重	g	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm
栄養状態：	良・要指導	離乳食は1日	回
歯（ ）本	口の中の疾患や異常	なし・あり（ ）	
健康・要観察			
特記事項			
施設名又は担当者名			

次の健康診査までの記録
 （自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。）

年月日	月齢	体重	身長	特記事項	施設名又は担当者名
		g	cm		

保護者の記録【1歳の頃】 () 年 月 日 記録)

年 月 日で1歳になりました。

両親から1歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

○つたい歩きをしたのはいつですか。 () 月 日頃)

○バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか。 はい いいえ

○音楽に合わせて、からだを楽しくそうに動かしますか。 はい いいえ

○大人の言う簡単なことば(おいで、ちようだいなど)がわかりますか。 はい いいえ

○部屋の離れたところにあるおもちゃを指さすと、その方向をみますか。 はい いいえ

○一緒に遊ぶと喜びますか。 はい いいえ

○どんな遊びが好きですか。(遊びの例：
○1日3回の食事のリズムがつかいましたが、(食欲をなくさぬよう、また、むし歯予防のために、砂糖の多い
飲食物を控えますよう。)

○歯みがきの練習をはじめますか。 はい いいえ

○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ

○子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 はい 何ともいえない

○成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

1 歳 児 健 康 診 査 () 年 月 日 実施。 健康 診 査 月)

体 重 g 身 長 cm

胸 囲 cm 頭 囲 cm

栄養状態： 良 ・ 要指導 母 乳：飲んでいる・飲んでいない

1日に食事 () 回、 目の異常 なし・あり・疑

間食(おやつ) () 回 (個位異常・その他) ()

健康・要観察

歯	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	要治療のむし歯：なし・あり () 歯の汚れ：きれい・少ない・多い () 歯肉・粘膜：異常なし・あぶら () かみ合わせ：よい 年 月 日 ()
の	E	D	C	B	A	A	B	C	D		
状	E	D	C	B	A	A	B	C	D		

特記事項

施設名又は担当者名

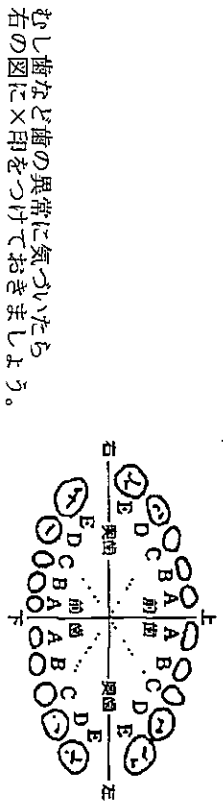
次の健康診査までの記録 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

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

<このページは1歳6か月児健康診査までに記入しておきましょう。>
 保護者の記録【1歳6か月の頃】 () 年 () 月 () 日(録)

- ひとり歩きをしたのはいつですか。 () 歳 () 月(頃)
- マヤ、ブーブーなど意味のあることばをいくつか話しますか。 はい いいえ
- 自分でコップを持って水を飲みますか。 はい いいえ
- 哺乳ビンを使っていますか。 はい いいえ
- (いつまでも哺乳ビンを使っているのは、むし歯につながるおそれがある)ので、やめるようにしましょう。
- 食事や間食(おやつ)の時間はだいたい決まっていますか。 はい いいえ
- 歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 はい いいえ
- 極端にまぶしがたりたり、目の動きがおかしいのではないかと気がなったりしますか。* はい いいえ
- うしろから名前を呼んだとき、振り向きませんか。 はい いいえ
- どんな遊びが好きですか。 (遊びの例:) はい いいえ
- 歯にフッ化物(フッ素)の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか。 はい いいえ
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか。 はい 何ともいいえ
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

幼児



むし歯など歯の異常に気がついたら右の図に×印をつけておきましょう。
 ※外に出た時に極端にまぶしがたりたり、目を細めたり、首を傾けたりするときには、目に異常のある可能性がありますので、医師に相談しましょう。

<1歳6か月児健康診査は、全ての市区町村で実施されていますので、必ず受けましょう。>
 1歳6か月児健康診査 () 年 () 月 () 日(実施) () 歳 () か月

体重	kg	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm
栄養状態: 良・要指導	母乳: 飲んでいる・飲んでいる	離乳: 完了・未完了	
目の異常 (眼位異常・斜視・その他)	なし・あり・疑	耳の異常 (腫脹・その他)	なし・あり・疑
予防接種(接種済みの印を記入)	ジブリフ・百日咳・破傷風	BCG	ポリオ 麻疹・風しん

幼児

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

むし歯の罹患型: O₁, O₂, A, B, C (本)
 要治療のむし歯: なし・少ない・多い
 歯の汚れ: きれい・少ない・多い
 歯肉・粘膜: 異常なし・あり ()
 かみ合わせ: よい・経過観察 ()
 () 年 () 月 () 日(診査)

特記事項

施設名又は担当者名

次の健康診査までの記録 (自宅にて測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重	身長	特記事項	施設名又は担当者名
		kg	cm		

※むし歯の罹患型 O₁: むし歯なし、歯もきれいな O₂: むし歯なし、歯の汚れ多い
 A: 奥歯または前歯にむし歯 B: 奥歯と前歯にむし歯 C: 下前歯にむし歯

保護者の記録【2歳の頃】(年 月 月 日記録)

年 月 日で2歳になりました。

両親から2歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- 走ることができますか。 はい いいえ
- スプーンを使って自分で食べますか。 はい いいえ
- 積木で塔のようなものを作ったり、横に並べて電車などに見たてたりして遊ぶことをしますか。 はい いいえ
- テレビや大人の身振りのまねをしますか。 はい いいえ
- 2語文(ワンワンキタ、ワンワンチャウダイ)などを言いますか。 はい いいえ
- 肉や繊維のある野菜を食べますか。 はい いいえ
- 歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 はい いいえ
- どんな遊びが好きですか。 (遊びの例：
○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
○子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 いいえ はい
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

幼児

2歳児健康診査

(年 月 日実施。 歳 か月)

体重	kg	身長	cm
頭囲	cm	栄養状態：ふとり気味・普通・やせ気味	
目の異常 (眼位異常・視力・その他)	なし・あり・疑	耳の異常 (聴覚・その他)	なし・あり・疑

健康・要観察

歯の状態	E D C B A A B C D E	むし歯の罹患型：O, O, A B C (本)
	E D C B A A B C D E	要治療のむし歯：なし・あり (多い)
	E D C B A A B C D E	歯肉・粘膜：異常なし・あり (多い)
	E D C B A A B C D E	かみ合わせ：よい・経過観察 (日診査)

幼児

施設名又は担当者名	
-----------	--

次の健康診査までの記録 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重 kg	身長 cm	特記事項	施設名又は担当者名

<このページは3歳児健康診査までに記入しておきましょう。>
保護者の記録【3歳の項】 () 年 月 日記録)

両親から3歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

幼児

- 手を使わずにひとりりで階段をのぼれますか。 はい いいえ
- クレヨンなどで丸(円)を書きますか。 はい いいえ
- 衣服の着脱をひとりでしたがりですか。 はい いいえ
- 自分の名前が言えますか。 はい いいえ
- 歯みがきや手洗いをしていますか。 はい いいえ
- 歯の仕上げみがきをしていますか。 はい いいえ
- いつも指しやぶりをしていますか。 はい いいえ
- よくかんで食べる習慣はありますか。 はい いいえ
- 斜視はありますか。 はい いいえ
- 物を見るとき目を細めたり、極端に近づけて見たりしますか。 いいえ はい
- 耳の聞こえが悪いのではないかと気になりますか。 いいえ はい
- かみ合わせや歯並びで気になることがありますか。 いいえ はい
- 歯にフッ化物(フッ素)の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか。 はい いいえ
- ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか。 はい いいえ
- 遊び友だちがいますか。 はい いいえ
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか。 はい いいえ
- 成長の様子、育児の心配、かかった病氣、感想などを自由に記入しましょう。

<3歳児健康診査は、全ての市区町村で実施されていますので、必ず受けましょう。>

3歳児健康診査 () 年 月 日実施 () 歳 () か月)

体重	kg	身長	cm
頭囲	cm	栄養状態	ふとり気味・普通・やせ気味

目の異常(眼位異常・視力・その他)：なし・あり・疑 ()

耳の異常(難聴・その他)：なし・あり・疑 ()

予防接種(予防接種記録簿) BCG ポリオ 麻しん 風しん 日本脳炎

健康・要観察

歯の	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	むし歯の罹患型：O A B C ₁ C ₂ 。要治療のむし歯：なし・あり ()
状	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	歯の汚れ：きれい・少ない・多い ()
態											歯肉・粘膜：異常なし・あり ()
											かみ合わせ：よい・経過観察 ()

幼児

特記事項
施設名又は担当者名

次の健康診査までの記録 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重	身長	特記事項	施設名又は担当者名
		kg	cm		

※むし歯の罹患型 O：むし歯なし A：奥歯または前歯にむし歯 B：奥歯と前歯にむし歯 C₁：下前歯がむし歯 C₂：下前歯やその他にむし歯

保護者の記録【4歳の項】(年 月 日記録)

年 月 日で4歳になりました。

両親から4歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

○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。

はい はいえ

○片足でケンケンをしてとびますか。

はい はいえ

○自分の経験したことをお母さんやお父さんに話しますか。

はい はいえ

○お手本を見て十字が描けますか。

はい はいえ

○はさみを上手に使えますか。

はい はいえ

○衣服の着脱ができますか。

はい はいえ

○友だちと、ごっこ遊びをしますか。

はい はいえ

○歯みがき、口ゆすぎ(ぶくぶくうがい)手洗いをしますか。

はい はいえ

○歯の仕上げみがきをしてあげていますか。

はい はいえ

○いつも指しやぶりをしていますか。

はい はいえ

○食べ物の好き嫌いがありますか。

はい はいえ

(嫌いなものの例：

○おしっこをひとりですみますか。はい はいえ

○子育てについて気軽に相談できる人はいいますか。はい はいえ

○子育てについて不安や困難を感じることはありますか。はい はいえ

○成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

4 歳 児 健 康 診 査 (年 月 日実施・ 歳 か月)

体 重 kg 身長 cm

頭 囲 cm 栄養状態：ふとり気味・普通・やせ気味

目の異常(眼位異常・視力：右()・左()・その他)：なし・あり・疑()

耳の異常(難聴・その他)：なし・あり・疑()

健康・要観察

歯	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	要治療のむし歯：なし・あり() 歯の汚れ：きれい・少ない・多い() 歯肉・粘膜：異常なし・あり() 状態 E D C B A A B C D E () かみ合わせ：よい・経過観察() 日診査)
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

特記事項

施設名又は担当者名

次の健康診査までの記録 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

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

保護者の記録【5歳の頃】() 年 月 日(記録)

年 月 日で5歳になりました。

両親から5歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- でんぐり返しができますか。 はい いいえ
- 思い出して絵を書くことができますか。 はい いいえ
- 色(赤、黄、緑、青)がわかりますか。 はい いいえ
- はつきりした発音で話ができますか。 はい いいえ
- うんちをひとりできますか。 はい いいえ
- 幼稚園、保育所などの集団生活になじみ、楽しく過ごしていますか。 はい いいえ
- 動物や花をかわいがったり、他人を思いやる気持ちを持ちたりしているようですか。 はい いいえ
- 家族と一緒に食事を食べていますか。 はい いいえ
- 歯の仕上げみがきをしていますか。 はい いいえ
- いつも指しやぶりをしていますか。 はい いいえ
- お話を読んであげるとその内容が分かるようになりますか。 はい いいえ
- 子育てについて気軽に相談できる人はいいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか。 はい いいえ
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

幼児

5 歳 児 健 康 診 査

() 年 月 日(実施) 歳 () 月

体 重	kg	身 長	cm
頭 囲	cm	栄養状態	ふとり気味・普通・やせ気味

目の異常(眼位異常・視力:右()・左()・その他):なし・あり・疑()

耳の異常(難聴・その他):なし・あり・疑()

健康・要観察

歯 状 態	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
歯	E	D	C	B	A	A	A	B	C	D	E	
の												
要治療のむし歯:なし・あり(乳歯)本 永久歯 本の汚れ:きれい・少ない・多い												
歯肉・粘膜:異常なし・あり()												
かみ合わせ:よい・経過観察												
歯・口腔 ^{くわう} の疾病異常:()												
特記事項	() 年 月 日(診査)											

幼児

次の健康診査までの記録 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

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

保護者の記録【6歳の頃】 () 年 月 日記録)

年 月 日で6歳になりました。

両親から6歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

- 片足で5～10秒間立っていられますか。 はい いいえ
- 四角の形をまねて、書けますか。 はい いいえ
- 自分の「前後」「左右」がおおよそわかりますか。 はい いいえ
- ひらがなの自分の名前を読んだり、書いたりできますか。 はい いいえ
- おもちゃやお菓子などをほしくても我慢できるようになりますか。 はい いいえ
- 約束やルールを守って遊べますか。 はい いいえ
- 第一大臼歯(乳歯列の奥に生える永久歯)は生えしましたか。 はい いいえ
- 歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 はい いいえ
- 朝食を毎日食べますか。 はい いいえ
- 子育てについて気軽に相談できる人はいいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか。 はい いいえ
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しよう。

幼児

6歳児健康診査

() 年 月 日実施・歳 か月)

体重 kg 身長 cm

頭囲 cm 栄養状態：ふとり気味・普通・やせ気味

目の異常 (眼位異常・視力：右()・左()・その他)：なし・あり・疑()

耳の異常 (難聴・その他)：なし・あり・疑()

予防接種 (おたふく病・麻疹) BCG ポリオ 麻しん・風しん 日本脳炎

健康・要観察

歯の状態	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
歯	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
要治療のむし歯(乳歯)	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
歯の汚れ(乳歯)	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない	少ない
歯肉・粘膜	異常なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
かみ合わせ	よい	経過観察	経過観察	経過観察	経過観察	経過観察	経過観察	経過観察	経過観察	経過観察	経過観察	経過観察
歯・口腔の疾病異常	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
特記事項	() 年 月 日診査)											

施設名又は担当者名

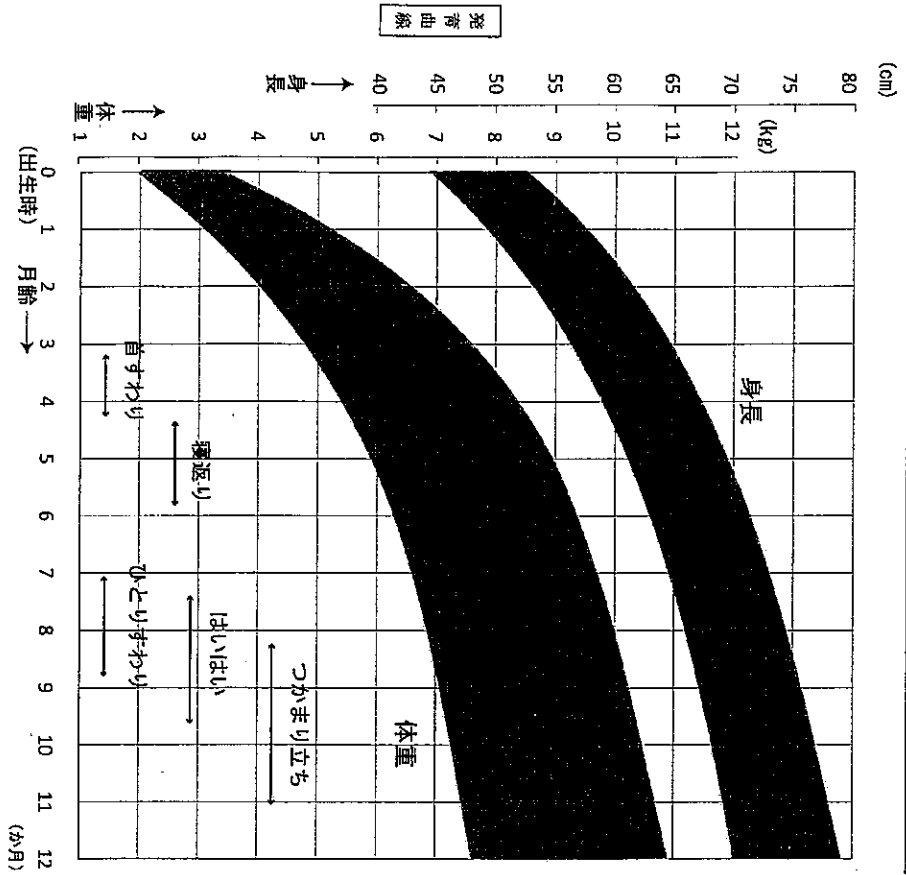
次の健康診査までの記録 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重 kg	身長 cm	特記事項	施設名又は担当者名

幼児

<お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。>

男の子 乳児身体発育曲線 (平成22年調査)

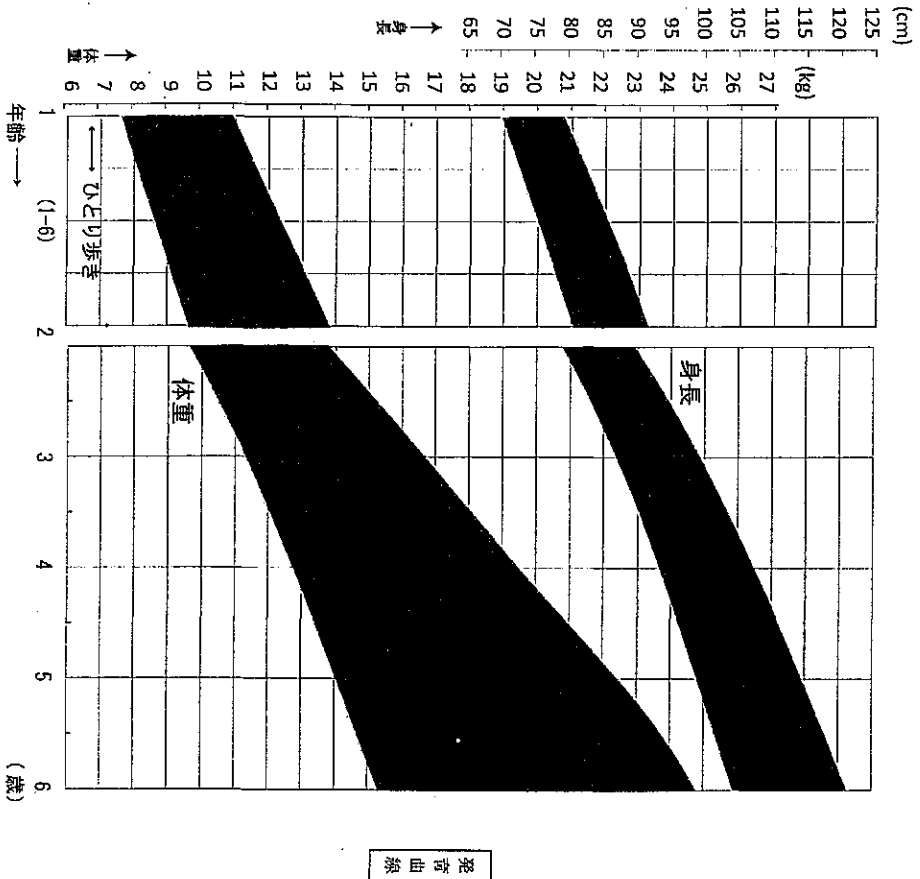


首すわり、寝返り、ひとりすわり、はいはい、つかまり立ち及びひとり歩き
の矢印は、約半数の子どもができるようになる月・年齢から、約9割の子ども
ができるようになる月・年齢までの目安を表したものです。
お子さんができるようになったときを矢印で記入しましょう。

(出典) 厚生労働省平成22年乳幼児身体発育調査報告

<お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。>

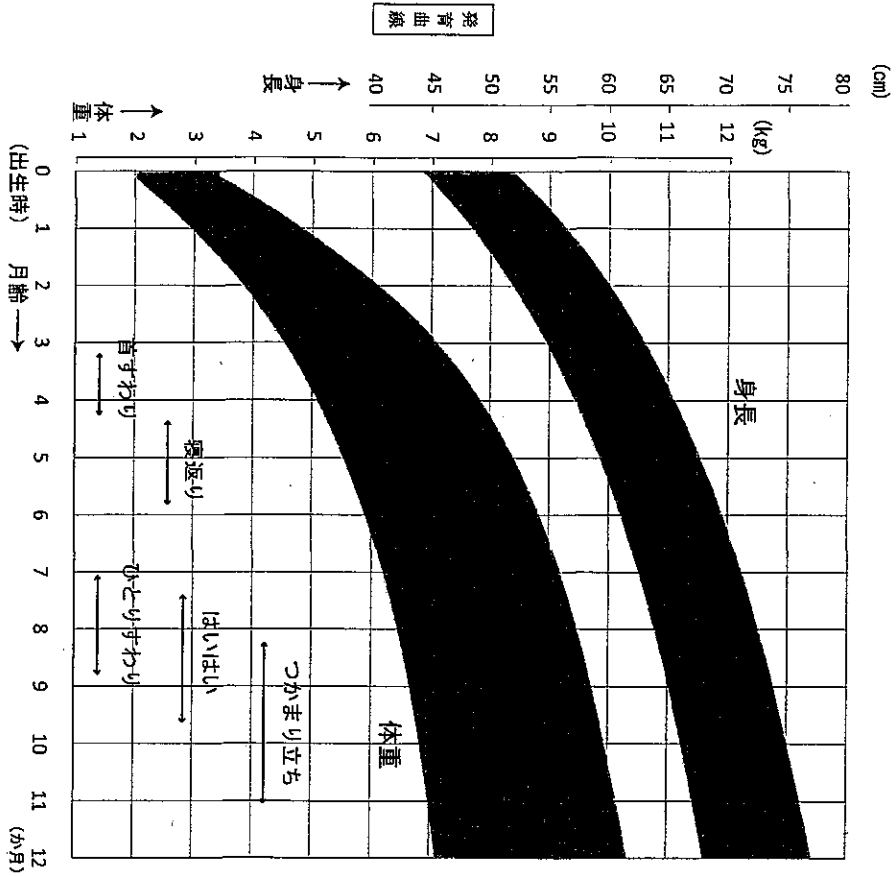
男の子 幼児身体発育曲線 (平成22年調査)



身長と体重のグラフ：帯の中には、各月・年齢の94パーセントの子どもの値が
入ります。乳幼児の発育は個人差が大きいですが、このグラフを一つの目安と
してください。なお、2歳未満の身長は寝かせて測り、2歳以上の身長は立た
せて測ったものです。

<お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。>

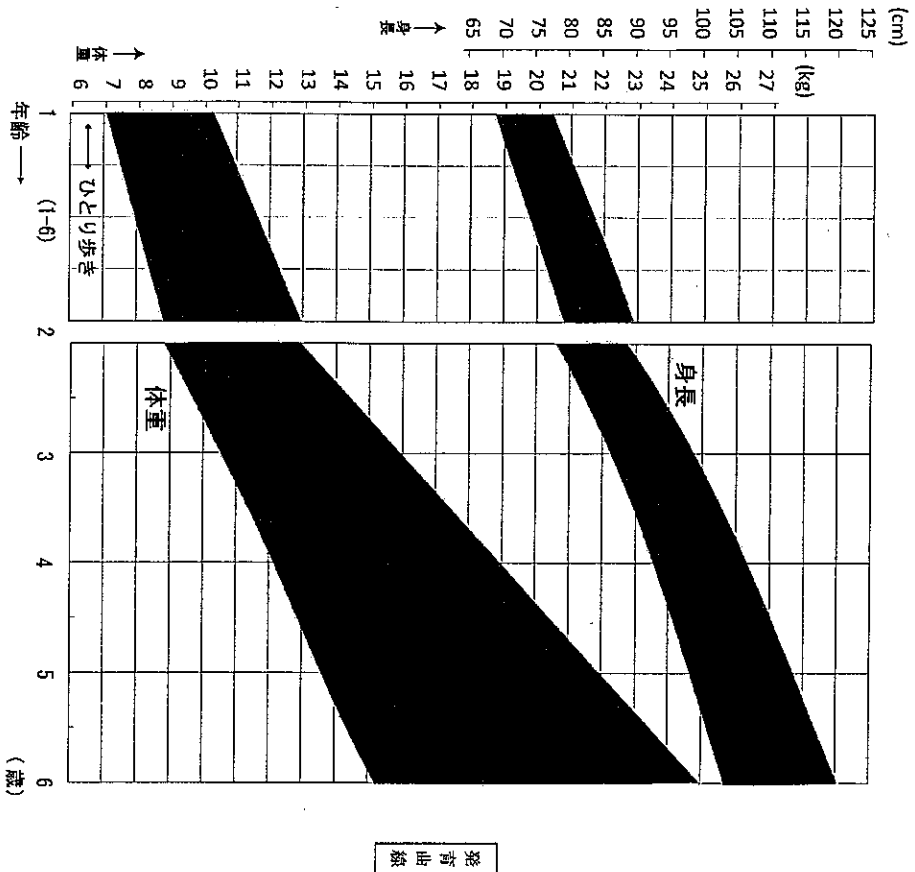
女の子 乳児身体発育曲線 (平成22年調査)



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

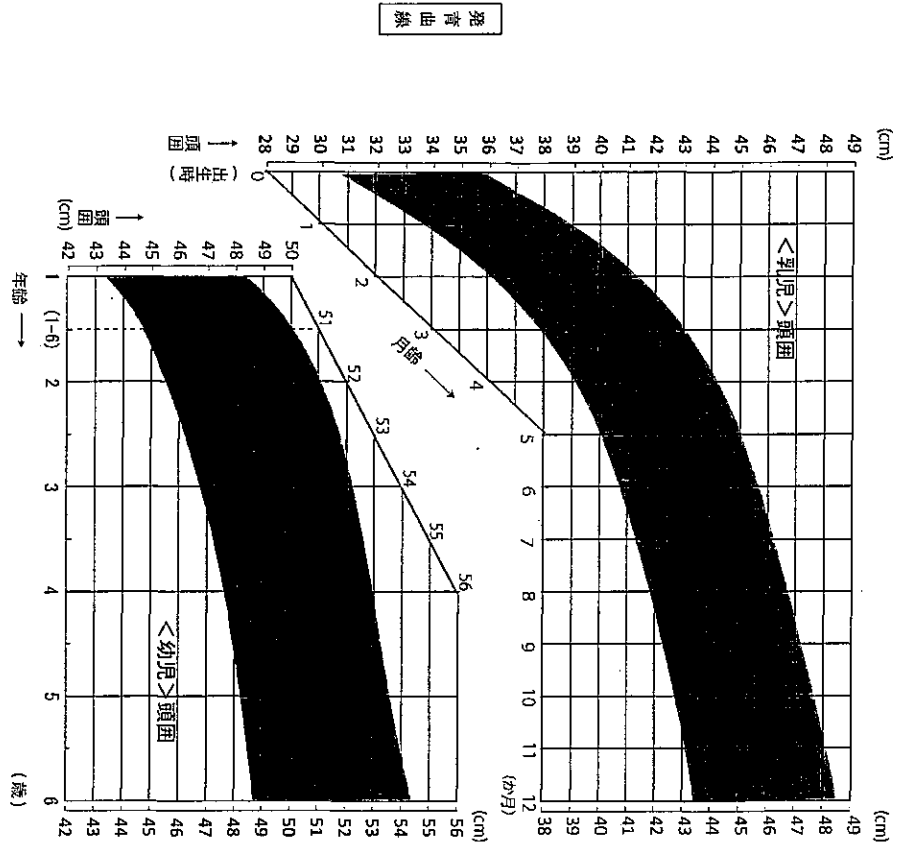
<お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。>

女の子 幼児身体発育曲線 (平成22年調査)



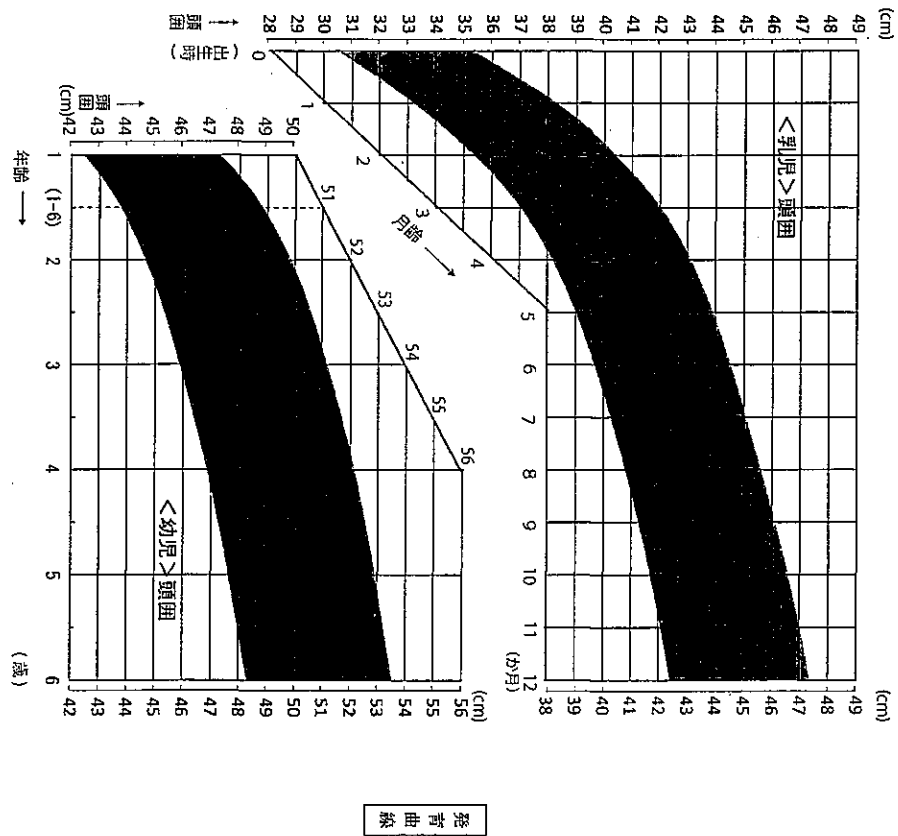
身長と体重のグラフ：常の中には、各月・年齢の94パーセントの子どもの値が
入りませす。乳幼児の発育は個人差が大きいです。このグラフを一定の目安と
してください。なお、2歳未満の身長は寝かせて測り、2歳以上の身長は立た
せて測ったものです。

＜お子さんの頭囲をこのグラフに記入しましょう。＞
男の子 乳幼児身体発育曲線 (平成22年調査)



頭囲のグラフ：帯の中に94パーセントの子どもの値が入ります。なお、頭囲は左右の眉の直上を通るようにして測ったものです。

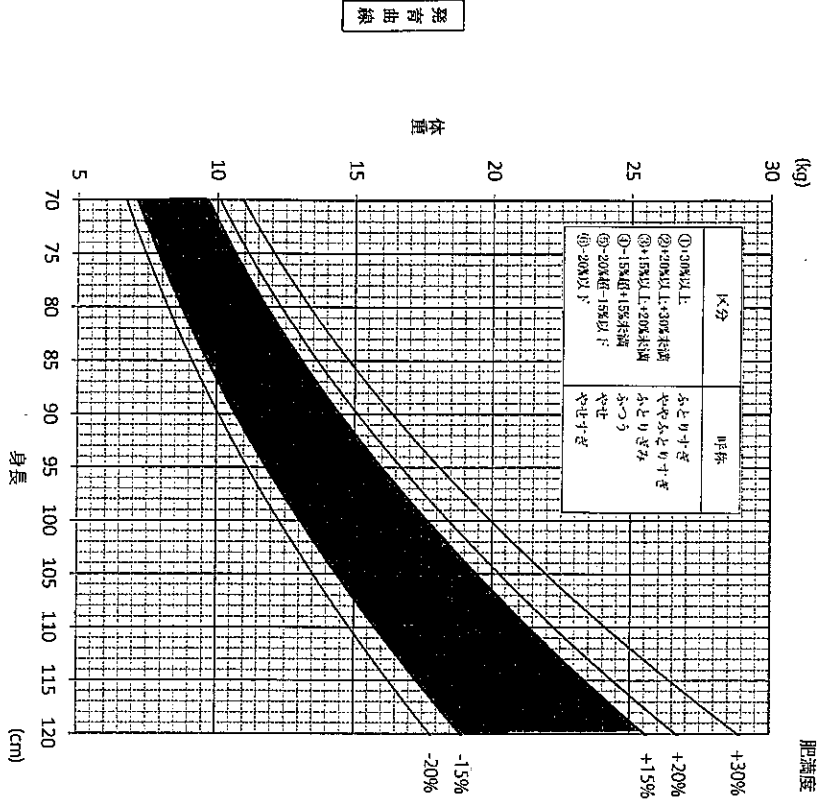
＜お子さんの頭囲をこのグラフに記入しましょう。＞
女の子 乳幼児身体発育曲線 (平成22年調査)



頭囲のグラフ：帯の中に94パーセントの子どもの値が入ります。なお、頭囲は左右の眉の直上を通るようにして測ったものです。

<お子さんの体重と身長が交差する点をグラフに記入しましょう。>

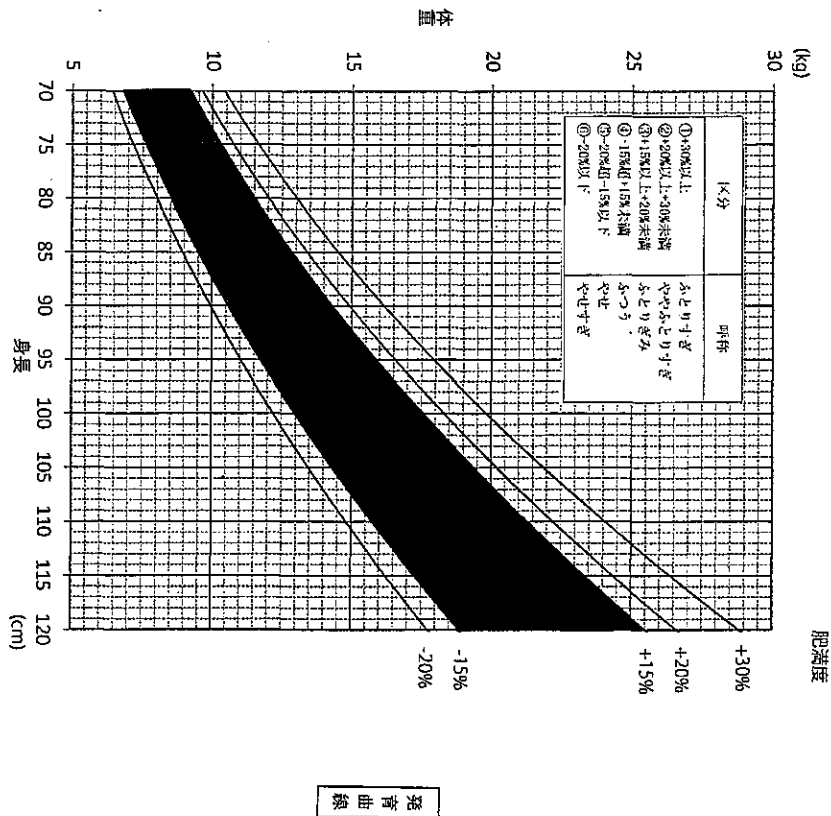
男の子 幼児の身長体重曲線 (平成22年調査)



子どものからだつぎは成長とともに変化し、個人差も大きいのですが、この曲線を肥満とやせの一般の目安としてください。「ふつう」に入らないからといってただちに異常というわけではありませんが、心配な場合は医師等に相談しましょう。身体計測を行ったときはこのグラフに記入し、成長に伴う変化をみるようにしましょう。

<お子さんの体重と身長が交差する点をグラフに記入しましょう。>

女の子 幼児の身長体重曲線 (平成22年調査)



子どものからだつぎは成長とともに変化し、個人差も大きいのですが、この曲線を肥満とやせの一般の目安としてください。「ふつう」に入らないからといってただちに異常というわけではありませんが、心配な場合は医師等に相談しましょう。身体計測を行ったときはこのグラフに記入し、成長に伴う変化をみるようにしましょう。

予防接種の記録 (1)
Immunization Record

感染症から子ども (自分の子どもはもちろん、まわりの子どもたちも) を守るために、予防接種は非常に効果の高い手段の一つです。子どもたちの健康を守るために予防接種の効果と副反応をよく理解し、予防接種を受けましょう。

ジフテリア・百日せき・破傷風 Diphtheria・Pertussis・Tetanus					
時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	1回				
	2回				
	3回				
第1期 追加					

予防接種

BCG			
接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

●薬剤や食品などのアレルギー記入欄

予防接種の記録 (2)

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
ポリオ Polio				

麻疹 (はしか) Measles ・ 風しん Rubella	第1期			
	第2期			

日本脳炎
Japanese Encephalitis

時期	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期 追加				

予防接種

備考 19ページ中、アの部分の色彩は灰白色、イの部分の色彩は象牙色、ウの部分の色彩は明るい黄緑色、エの部分の色彩は暗い黄色、オの部分の色彩は黄土色、カの部分の色彩は金茶色、キの部分の色彩は暗いオリーブ色とする。

附 則

(施行期日)

第一条 この省令は、平成二十四年四月一日から施行する。

(経過措置)

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