

0歳児 健診票(0歳3か月~0歳6か月)

健診日 平成 年 月 日

氏名	第 子	男	生年月日		健 診 結 果												
		女	平成	年	月	日	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E
住所	保護者名				歯	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E	
出生体重	g	今までの病気				むし歯の罹患型：O A B C1 C2						連絡事項					
在胎週数	週	現在の病気				要治療のむし歯：なし・あり ()											
問 診 項 目					科	歯の汚れ：きれい・普通・きたない											
(3か月~4か月)						歯肉・粘膜：異常なし・あり ()											
1. くびは座っていますか。					はい・いいえ	不正咬合：なし・要注意 ()											
2. あやすと笑いますか。					はい・いいえ	その他 ()											
3. 物をみて目でよく追いますか。					はい・いいえ	医師名					備考						
4. 母親が呼びかけると顔をむけますか。(4か月)					はい・いいえ	尿 検 査	蛋白	—	再	蛋白	—	計 測	体重_____kg, 身長_____cm				
(5か月~6か月)					小 児 科		糖	—	検	糖	—		頭囲_____cm, 胸囲_____cm				
5. 腰をささえると座れますか。						はい・いいえ	潜血	—	査	潜血	—	総 合 判 定 1. 問題なし 2. 要指導 3. 要経過観察 4. 要精密検査 5. 要医療 6. 加療中 フォロー の必要性 無・有					
6. 寝返りをしますか。					はい・いいえ	白血球	—	査	白血球	—							
7. 近くの物を手をのぼしてつかみますか。					はい・いいえ	1. 栄養状態 太り気味・普通・やせ気味											
8. 母親が名前を呼ぶと振り向きますか。					はい・いいえ	2. 眼 異常なし・所見あり (斜視、視覚)											
9. 目つきや耳について気になることはありませんか。					はい・いいえ	3. 耳鼻咽喉 異常なし・所見あり (右・左扁桃肥大、聴覚)											
10. 心配なことがあればご記入ください。(3か月~6か月)					はい・いいえ	4. 頭頸部 異常なし・所見あり ()											
						5. 胸 部 異常なし・所見あり ()											
						6. 腹 部 異常なし・所見あり ()											
						7. 脊椎四肢 異常なし・所見あり ()											
						8. 皮 膚 異常なし・所見あり ()											
						9. 精神発達 異常なし・所見あり ()											
						10. 運動発達 異常なし・所見あり ()											
						11. 言語発達 異常なし・所見あり ()											
						12. その他 ()											
						医師名					備考						
予防接種	うけたものに○をしてください。				連 絡 事 項												
	1. Hib (1. 2. 3)	2. 小児用肺炎球菌 (1. 2. 3)															
	3. ロタ (1. 2. (3))	4. B型肝炎 (1. 2)															
	5. 四種混合 (1. 2. 3)	6. BCG															

0歳児 健診票(0歳7か月～0歳11か月)

健診日 平成 年 月 日

氏名			第 男 子 女	生年月日 平成 年 月 日	健 診 結 果											
住所			保護者名		歯	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E
出生体重	g	今までの病気				E	D	C	B	A		A	B	C	D	E
在胎週数	週	現在の病気			科	むし歯の罹患型：O A B C1 C2						連絡事項				
問 診 項 目				要治療のむし歯：なし・あり (本)												
(7か月～8か月)				歯の汚れ：きれい・普通・きたない												
1. ひとりで座っておもちゃなどで遊びますか。				歯肉・粘膜：異常なし・あり ()												
2. 寝返りしてもとにもどりますか。				不正咬合：なし・要注意 ()												
3. 音のする方を振り向きますか。				その他 ()												
4. 話しかけるような声をむけますか。(4か月)										医師名						
5. 物を何度も落として喜びますか。															備考	
(9か月～11か月)				尿 蛋白 ー 再 蛋白 ー 計 体重_____kg, 身長_____cm						小児科						
6. つかまり立ちますか。(9か月～10か月)				糖 ー 検 糖 ー 測											総合判定	
7. ハイハイをしますか。(9か月～10か月)				潜血 ー 潜血 ー						1. 問題なし 2. 要指導 3. 要経過観察 4. 要精密検査 5. 要医療 6. 加療中						
8. イヤイヤ、ニギニギ、おててパチパチなど 物まねしますか。				白血球 ー 査 白血球 ー											フォロー の必要性 無・有	
9. はこ、ビンなどのふたを開けたり、 閉めたりして遊びますか。(11か月)										医師名						
10. 伝い歩きしますか。(11か月)															備考	
11. 目や耳の聞こえについて 気になることはありませんか。(7か月～11か月)										連絡事項						
12. 心配なことがあればご記入ください。(7か月～11か月)																
予防接種	うけたものに○をしてください。				連 絡 事 項											
	1. Hib (1. 2. 3) 2. 小児用肺炎球菌 (1. 2. 3)															
	3. ロタ (1. 2. (3)) 4. B型肝炎 (1. 2. 3)															
	5. 四種混合 (1. 2. 3) 6. BCG															
	7. 日本脳炎 (1. 2)															

1歳児 健診票(1歳0か月～1歳11か月)

健診日 平成 年 月 日

氏名		第 子	男・女	生年月日		健 診 結 果											
住所		保護者名		平成 年 月 日		歯	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E
出生体重	g	今までの病気				科	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E
在胎週数	週	現在の病気					むし歯の罹患型：O A B C1 C2 要治療のむし歯：なし・あり (本) 歯の汚れ：きれい・普通・きたない 歯肉・粘膜：異常なし・あり () 不正咬合：なし・要注意 () その他 ()							連絡事項			
問 診 項 目																	
(1歳0か月～1歳5か月)						医師名						備考					
1.ひとり立ちしますか。				はい・いいえ		尿 糖	蛋白	—	再 検	蛋白	—	計 測	体重_____kg, 身長_____cm				
2.まねをして物を使おうとしますか。				はい・いいえ			潜血	—	検 査	潜血	—		頭 囲	_____cm, 胸 囲_____cm			
3.「オイデ」「バイバイ」などの簡単な言葉を理解できますか。				はい・いいえ		小 児 科	白血球	—	査	白血球	—						
(1歳6か月～1歳11か月)							1. 栄養状態 太り気味・普通・やせ気味) 2. 眼 異常なし・所見あり (斜視、視覚) 3. 耳鼻咽喉 異常なし・所見あり (右・左扁桃肥大、聴覚) 4. 頭頸部 異常なし・所見あり () 5. 胸 部 異常なし・所見あり () 6. 腹 部 異常なし・所見あり () 7. 脊椎四肢 異常なし・所見あり () 8. 皮 膚 異常なし・所見あり () 9. 精神発達 異常なし・所見あり () 10. 運動発達 異常なし・所見あり () 11. 言語発達 異常なし・所見あり () 12. その他 ()						総 合 判 定		1. 問題なし 2. 要指導 3. 要経過観察 4. 要精密検査 5. 要医療 6. 加療中		
(1歳共通)												フオロー		の必要性			
7.目がわるいという心配はありませんか。				ない・ある								無・有					
8.名前を呼ぶと振り向きませんか。				はい・いいえ													
9.動きは活発ですか。				はい・いいえ													
10.心配なことがあればご記入ください。																	
うけたものに○をしてください。						医師名						備考					
予 防 接 種	1. Hib (1. 2. 3. 追)		2. 小児用肺炎球菌 (1. 2. 3. 追)		連 絡 事 項												
	3. ロタ (1. 2. (3))		4. B型肝炎 (1. 2. 3)														
5. 四種混合 (1. 2. 3. 追)		6. BCG															
7. MR 1期		8. おたふくかぜ (1)															
9. 水痘 (1. 2)		10. 日本脳炎 (1. 2. 追)															
11. 三種混合 (1. 2. 3. 追)		12. ポリオ (1. 2. (3. 追))															

2歳児 健診票(2歳0か月～2歳11か月)

健診日 平成 年 月 日

氏名		第 子	男・女	生年月日		健診結果													
住所		保護者名		平成 年 月 日		歯	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E		
出生体重	g	今までの病気				科	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E		
在胎週数	週	現在の病気					むし歯の罹患型：O A B C1 C2 要治療のむし歯：なし・あり () 本 歯の汚れ：きれい・普通・きたない 歯肉・粘膜：異常なし・あり () 不正咬合：なし・要注意 () その他 ()												
問診項目																			
1. 両足をそろえてとべますか。				はい・いいえ		医師名							備考						
2. 2個の積み木の大きい、小さいがわかりますか。				はい・いいえ		尿 検 査	蛋白	—	再	蛋白	—	計	体重_____kg, 身長_____cm						
3. 2語文「パパカイヤ」「アッチイク」 などを話しますか。				はい・いいえ			糖	—	検	糖	—		測	頭囲_____cm, 胸囲_____cm					
4. ひとりでご飯を食べられますか。				はい・いいえ		潜血	—	査	潜血	—									
5. 手すりにつかまって、ひとりで階段を のぼりおりますか。				はい・いいえ		白血球	—		白血球	—									
6. クレヨンなどでなぐり書きしますか。				はい・いいえ		小児科										総合判定	1. 問題なし		
7. 目がわるいという心配はありませんか。				ない・ある													1. 栄養状態		太り気味・普通・やせ気味
8. 耳の聞こえについて不安はありませんか。				ない・ある		2. 眼		異常なし・所見あり (斜視、視覚)								3. 要経過観察			
9. 心配なことがあればご記入ください。						3. 耳鼻咽喉		異常なし・所見あり (右・左扁桃肥大、聴覚)								4. 要精密検査			
						4. 頭頸部		異常なし・所見あり ()								5. 要医療			
						5. 胸部		異常なし・所見あり ()								6. 加療中			
						6. 腹部		異常なし・所見あり ()								フォロー			
						7. 脊椎四肢		異常なし・所見あり ()								の必要性			
						8. 皮膚		異常なし・所見あり ()								無・有			
						9. 精神発達		異常なし・所見あり ()											
						10. 運動発達		異常なし・所見あり ()											
						11. 言語発達		異常なし・所見あり ()											
						12. その他 ()													
うけたものに○をしてください。																			
予防接種		1. Hib (1. 2. 3. 追) 2. 小児用肺炎球菌 (1. 2. 3. 追)										医師名						備考	
		3. ロタ (1. 2. (3)) 4. B型肝炎 (1. 2. 3)										連絡事項							
		5. 四種混合 (1. 2. 3. 追) 6. BCG																	
		7. MR1期 8. おたふくかぜ (1)																	
		9. 水痘 (1. 2) 10. 日本脳炎 (1. 2. 追)																	
		11. 三種混合 (1. 2. 3. 追) 12. ポリオ (1. 2. (3. 追))																	

3歳児 健診票(3歳0か月～3歳11か月)

健診日 平成 年 月 日

氏名		第 子	男・女	生年月日		健診結果														
住所		保護者名		平成 年 月 日		歯	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E			
出生体重	g	今までの病気				科	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E			
在胎週数	週	現在の病気					むし歯の罹患型：O A B C1 C2 要治療のむし歯：なし・あり (本) 歯の汚れ：きれい・普通・きたない 歯肉・粘膜：異常なし・あり () 不正咬合：なし・要注意 () その他 ()													
問診項目																				
1.足を交互にだして階段をのぼれますか。				はい・いいえ				医師名					備考							
2.まねして丸が書けますか。				はい・いいえ				尿 蛋白 糖 潜血 白血球 再 検 査					計 測 体重_____kg,身長_____cm 頭囲_____cm,胸囲_____cm							
3.2つの物をくらべてどちらが高いか言えますか。				はい・いいえ																
4.自分の名前が言えますか。				はい・いいえ				小 児 科					総 合 判 定 1.問題なし 2.要指導 3.要経過観察 4.要精密検査 5.要医療 6.加療中 フォロー の必要性 無・有							
5.自分でパンツをぬいでおしっこができますか。				はい・いいえ																
6.文章を話しますか。(3語文以上)				はい・いいえ				1.栄養状態 太り気味・普通・やせ気味 2.眼 異常なし・所見あり(斜視、視覚) 3.耳鼻咽喉 異常なし・所見あり(右・左扁桃肥大、聴覚) 4.頭頸部 異常なし・所見あり(5.胸 部 異常なし・所見あり(6.腹 部 異常なし・所見あり(7.脊椎四肢 異常なし・所見あり(8.皮 膚 異常なし・所見あり(9.精神発達 異常なし・所見あり(10.運動発達 異常なし・所見あり(11.言語発達 異常なし・所見あり(12.その他 ()												
7.目がわるいという心配はありませんか。 (斜視か、物を極端に近づけて見るなど)				ない・ある																
8.耳の聞こえについて不安はありませんか。				ない・ある				うけたものに○をしてください。					医師名				備考			
9.心配なことがあればご記入ください。																				
予防接種		1. Hib (1. 2. 3. 追) 2. 小児用肺炎球菌 (1. 2. 3. 追) 3. ロタ (1. 2. (3)) 4. B型肝炎 (1. 2. 3) 5. 四種混合 (1. 2. 3. 追) 6. BCG 7. MR1期 8. おたふくかぜ (1) 9. 水痘 (1. 2) 10. 日本脳炎 (1. 2. 追) 11. 三種混合 (1. 2. 3. 追) 12. ポリオ (1. 2. (3. 追))																		
連絡事項																				

4歳児 健診票(4歳0か月～4歳11か月)

健診日 平成 年 月 日

氏名		第 男 子 女	生年月日 平成 年 月 日		健 診 結 果													
住所		保護者名			歯	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E		
出生体重		g	今までの病気			E	D	C	B	A		A	B	C	D	E		
在胎週数		週	現在の病気		科	むし歯の罹患型：O A B C1 C2						連絡事項						
問診項目						要治療のむし歯：なし・あり ()												
1. 片足でケンケンができますか。		はい・いいえ				歯の汚れ：きれい・普通・きたない												
2. まねて三角が書けますか。		はい・いいえ				歯肉・粘膜：異常なし・あり ()												
3. 足を交互にだして階段をおりますか。		はい・いいえ				不正咬合：なし・要注意 ()												
4. その日にあったことなどを話しますか。		はい・いいえ				その他 ()												
5. ごっこ遊び、交互遊びを他の子どもとやれますか。		はい・いいえ				医師名						備考						
6. 自分でウンチしますか。		はい・いいえ				尿 検 査	蛋白	—	再	蛋白	—	計	体重_____kg, 身長_____cm					
7. 上着のボタンがはめられますか。		はい・いいえ					糖	—	検	糖	—		頭囲_____cm, 胸囲_____cm					
8. 目がわるいという心配はありませんか。		はい・いいえ				潜血	—	査	潜血	—	小 児 科		1. 栄養状態 太り気味・普通・やせ気味) 2. 眼 異常なし・所見あり (斜視、視覚) 3. 耳鼻咽喉 異常なし・所見あり (右・左扁桃肥大、聴覚) 4. 頭頸部 異常なし・所見あり () 5. 胸 部 異常なし・所見あり () 6. 腹 部 異常なし・所見あり () 7. 脊椎四肢 異常なし・所見あり () 8. 皮 膚 異常なし・所見あり () 9. 精神発達 異常なし・所見あり () 10. 運動発達 異常なし・所見あり () 11. 言語発達 異常なし・所見あり () 12. その他 ()					
9. 耳の聞こえについて不安はありませんか。		はい・いいえ				白血球	—	査	白血球	—								総 合 判 定
10. 心配なことがあればご記入ください。		ない・ある				予 防 接 種		うけたものに○をしてください。				医師名		備考				
		ない・ある						1. Hib (1. 2. 3. 追) 2. 小児用肺炎球菌 (1. 2. 3. 追) 3. ロタ (1. 2. (3)) 4. B型肝炎 (1. 2. 3) 5. 四種混合 (1. 2. 3. 追) 6. BCG 7. MR 1期 8. おたふくかぜ (1) 9. 水痘 (1. 2) 10. 日本脳炎 (1. 2. 追) 11. 三種混合 (1. 2. 3. 追) 12. ポリオ (1. 2. (3. 追))										連 絡 事 項

5歳児 健診票(5歳0か月～5歳11か月)

健診日 平成 年 月 日

氏名		第 男 子 女	生年月日 平成 年 月 日		健 診 結 果													
住所		保護者名			歯	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E		
出生体重		g	今までの病気			E	D	C	B	A		A	B	C	D	E		
在胎週数		週	現在の病気		科	むし歯の罹患型：O A B C1 C2						連絡事項						
問診項目						要治療のむし歯：なし・あり (本)												
1. でんぐり返りをしますか。		はい・いいえ				歯の汚れ：きれい・普通・きたない												
2. はさみで線の上を切れますか。		はい・いいえ				歯肉・粘膜：異常なし・あり ()												
3. はっきりとした発音で話ができますか。		はい・いいえ				不正咬合：なし・要注意 ()												
4. 色(赤・青・緑・黄色)がわかりますか。		はい・いいえ				その他 ()												
5. 幼稚園・保育園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				医師名						備考						
6. 目がわるいという心配はありませんか。		ない・ある				尿 検 査	蛋白	—	再	蛋白	—	計	体重_____kg, 身長_____cm					
7. 耳の聞こえについて不安はありませんか。		ない・ある					糖	—	検	糖	—		測	頭囲_____cm, 胸囲_____cm				
8. 心配なことがあればご記入ください。		ない・ある				潜血	—	査	潜血	—	小児科							
						白血球	—		白血球	—							1. 栄養状態 太り気味・普通・やせ気味) 2. 眼 異常なし・所見あり (斜視、視覚) 3. 耳鼻咽喉 異常なし・所見あり (右・左扁桃肥大、聴覚) 4. 頭頸部 異常なし・所見あり () 5. 胸 部 異常なし・所見あり () 6. 腹 部 異常なし・所見あり () 7. 脊椎四肢 異常なし・所見あり () 8. 皮 膚 異常なし・所見あり () 9. 精神発達 異常なし・所見あり () 10. 運動発達 異常なし・所見あり () 11. 言語発達 異常なし・所見あり () 12. その他 ()	
						総合判定						1. 問題なし 2. 要指導 3. 要経過観察 4. 要精密検査 5. 要医療 6. 加療中						
						フォローの必要性						無・有						
						医師名						備考						
予防接種		うけたものに○をしてください。				連絡事項												
1. Hib (1. 2. 3. 追)		2. 小児用肺炎球菌 (1. 2. 3. 追)																
3. ロタ (1. 2. (3))		4. B型肝炎 (1. 2. 3)																
5. 四種混合 (1. 2. 3. 追)		6. BCG																
7. MR 1期		8. MR 2期																
9. おたふくかぜ (1. 2)		10. 水痘 (1. 2)																
11. 日本脳炎 (1. 2. 追)		12. 三種混合 (1. 2. 3. 追)																
13. ポリオ (1. 2. (3. 追))																		

6歳児 健診票(6歳0か月～6歳11か月)

健診日 平成 年 月 日

氏名		第 子	男・女	生年月日		健診結果														
住所		保護者名		平成 年 月 日		歯	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E			
出生体重	g	今までの病気				科	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E			
在胎週数	週	現在の病気					むし歯の罹患型：O A B C1 C2 要治療のむし歯：なし・あり (本) 歯の汚れ：きれい・普通・きたない 歯肉・粘膜：異常なし・あり () 不正咬合：なし・要注意 () その他 ()							連絡事項						
問診項目																				
1. ブランコに立ちのりしてこげますか。				はい・いいえ				医師名					備考							
2. 片足で10秒ぐらいたてますか。				はい・いいえ				尿 蛋白 糖 潜血 白血球 再 検 査					計 測 体重_____kg, 身長_____cm 頭囲_____cm, 胸囲_____cm							
3. 自分の「前後」「左右」がおおよそわかりますか。				はい・いいえ																
4. ひとりで衣服の着脱ができますか。				はい・いいえ				小 児 科					総 合 判 定 1. 問題なし 2. 要指導 3. 要経過観察 4. 要精密検査 5. 要医療 6. 加療中 フォロー の必要性 無・有							
5. ひらがなの自分の名前を読めますか。				はい・いいえ																
6. ことばの発達、発音などについて 心配はありませんか。				はい・いいえ ない・ある				1. 栄養状態 太り気味・普通・やせ気味 2. 眼 異常なし・所見あり (斜視、視覚) 3. 耳鼻咽喉 異常なし・所見あり (右・左扁桃肥大、聴覚) 4. 頭頸部 異常なし・所見あり () 5. 胸 部 異常なし・所見あり () 6. 腹 部 異常なし・所見あり () 7. 脊椎四肢 異常なし・所見あり () 8. 皮 膚 異常なし・所見あり () 9. 精神発達 異常なし・所見あり () 10. 運動発達 異常なし・所見あり () 11. 言語発達 異常なし・所見あり () 12. その他 ()												
7. 友だちと鬼ごっこなどして遊びますか。				はい・いいえ																
8. 目がわるいという心配はありませんか。				ない・ある				うけたものに○をしてください。					医師名				備考			
9. 耳の聞こえについて不安はありませんか。				ない・ある																
10. 心配なことがあればご記入ください。								予 防 接 種					連 絡 事 項							
1. Hib (1. 2. 3. 追)				2. 小児用肺炎球菌 (1. 2. 3. 追)													3. ロタ (1. 2. (3))			
5. 四種混合 (1. 2. 3. 追)				6. BCG				7. MR 1期				8. MR 2期								
9. おたふくかぜ (1. 2)				10. 水痘 (1. 2)				11. 日本脳炎 (1. 2. 追)				12. 三種混合 (1. 2. 3. 追)								
13. ポリオ (1. 2. (3. 追))																				