

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・女	生年月日		健 診 結 果												
			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			科	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 () 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					医師名						備考						
(3か月~4か月)						尿 糖	蛋白	—	再	蛋白		—	計	体重_____kg, 身長_____cm			
1. くびは座っていますか。 はい・いいえ					潜 血		糖	—	検	糖	—	測		頭囲_____cm, 胸囲_____cm			
2. あやすと笑いますか。 はい・いいえ						白 血 球	—	—	査	—	—						
3. 物をみて目でよく追いますか。 はい・いいえ					小 児 科		1. 栄養状態 太り気味・普通・やせ気味										
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						2. 眼 異常なし・所見あり(斜視、視覚)											
(5か月~6か月)					3. 耳鼻咽喉 異常なし・所見あり(右・左扁桃肥大、聴覚)												
5. 腰をささえると座れますか。 はい・いいえ					4. 頭頸部 異常なし・所見あり()												
6. 寝返りをしますか。 はい・いいえ					5. 胸 部 異常なし・所見あり()												
7. 近くの物を手をのぼしてつかみますか。 はい・いいえ					6. 腹 部 異常なし・所見あり()												
8. 母親が名前を呼ぶと振り向きますか。 はい・いいえ					7. 脊椎四肢 異常なし・所見あり()												
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					8. 皮 膚 異常なし・所見あり()												
10. 心配なことがあればご記入ください。(3か月~6か月)					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																	

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 ()										
問診項目																	
(1歳0か月～1歳5か月)																	
1. ひとり立ちしますか。				はい・いいえ		医師名								備考			
2. まねをして物を使おうとしますか。				はい・いいえ		尿検査		蛋白	—	再	蛋白	—	計	体重_____kg, 身長_____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		潜血		糖	—	検	糖	—	測	頭囲_____cm, 胸囲_____cm			
(1歳6か月～1歳11か月)																	
4. よく歩けますか。				はい・いいえ		白血球		—	—	査	白血球	—					
5. おもちゃの自動車や人形などで遊びますか。				はい・いいえ		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 ()									
6. 「ブーブー」「マンマ」などの簡単な言葉を理解できますか。				はい・いいえ		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)																	
7. 目がわるいという心配はありませんか。				ない・ある		フォローの必要性		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。																	
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))															
		医師名												備考			
		連絡事項															

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				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. 両足をそろえてとべますか。		はい・いいえ				歯の汚れ：きれい・普通・きたない												
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				歯肉・粘膜：異常なし・あり ()												
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				不正咬合：なし・要注意 ()												
4. ひとりでご飯を食べられますか。		はい・いいえ				その他 ()												
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				医師名						備考						
6. クレヨンなどでなぐり書きしますか。		はい・いいえ				尿 検 査	蛋白	—	再	蛋白	—	計	体重_____kg, 身長_____cm					
7. 目がわるいという心配はありませんか。		はい・いいえ					糖	—	検	糖	—		頭囲_____cm, 胸囲_____cm					
8. 耳の聞こえについて不安はありませんか。		はい・いいえ				潜血	—	査	潜血	—	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. 心配なことがあればご記入ください。		はい・いいえ				白血球	—	査	白血球	—							測	
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)		医師名						備考							
	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		連 絡 事 項														
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 () 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		尿検査	蛋白	—	再	蛋白	—	計測	体重_____kg,身長_____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			糖	—	検	糖	—		頭囲_____cm,胸囲_____cm				
4.自分の名前が言えますか。				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 ()					
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		白血球	—	査	白血球	—							総合判定
6.文章を話しますか。(3語文以上)				はい・いいえ							フォロー						
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							の必要性						
8.耳の聞こえについて不安はありませんか。				ない・ある							無・有						
9.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。																	
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. 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))															

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 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. 片足でケンケンができますか。				はい・いいえ												
2. まねて三角が書けますか。				はい・いいえ												
3. 足を交互にだして階段をおりますか。				はい・いいえ												
4. その日にあったことなどを話しますか。				はい・いいえ												
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												
6. 自分でウンチしますか。				はい・いいえ												
7. 上着のボタンがはめられますか。				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												
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。																
尿検査					蛋白	—	再	蛋白	—	計	体重_____kg, 身長_____cm					
尿糖					—	検	糖	—	測	頭囲_____cm, 胸囲_____cm						
尿潜血					—	査	潜血	—								
尿白血球					—	査	白血球	—								
小児科		1. 栄養状態		太り気味・普通・やせ気味							総合判定	1. 問題なし				
		2. 眼		異常なし・所見あり (斜視、視覚								2. 要指導				
		3. 耳鼻咽喉		異常なし・所見あり (右・左扁桃肥大、聴覚								3. 要経過観察				
		4. 頭頸部		異常なし・所見あり (4. 要精密検査				
		5. 胸部		異常なし・所見あり (5. 要医療				
		6. 腹部		異常なし・所見あり (6. 加療中				
		7. 脊椎四肢		異常なし・所見あり (フォロー				
		8. 皮膚		異常なし・所見あり (の必要性				
		9. 精神発達		異常なし・所見あり (無・有				
		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. 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))														

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 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. でんぐり返りをしますか。				はい・いいえ	医師名					備考						
2. はさみで線の上を切れますか。				はい・いいえ	尿 糖 潜血 白血球	蛋白	—	再	蛋白	—	計 測	体重_____kg, 身長_____cm				
3. はっきりとした発音で話ができますか。				はい・いいえ		糖	—	検	糖	—		頭囲_____cm, 胸囲_____cm				
4. 色(赤・青・緑・黄色)がわかりますか。				はい・いいえ	小 児 科	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				
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		白血球	—	査	白血球	—		フ ォ ロ ー の 必 要 性	無・有			
6. 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 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. 耳の聞こえについて不安はありませんか。				ない・ある	医師名					備考						
8. 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. 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 検 査	蛋白	—	再	蛋白	—	計 測	体重_____kg, 身長_____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			糖	—	検	糖	—		頭囲_____cm, 胸囲_____cm												
4. ひとりで衣服の着脱ができますか。				はい・いいえ		潜血	—	査	潜血	—															
5. ひらがなの自分の名前を読めますか。				はい・いいえ		白血球	—		白血球	—															
6. ことばの発達、発音などについて 心配はありませんか。				ない・ある		小児科																			
7. 友だちと鬼ごっこなどして遊びますか。				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 ()										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							
8. 目がわるいという心配はありませんか。				ない・ある													フォローの必要性								
9. 耳の聞こえについて不安はありませんか。				ない・ある													無・有								
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。																									
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) 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))											連絡事項													