

0歳児 健診票(0歳3か月～0歳6か月)

健診日 年 月 日

氏名		第 男 子 女	生年月日		健診結果													
住所		保護者名	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					医師名		備考											
(3か月～4か月)					尿 検 査	蛋白	—	再	蛋白	—	計 測	体重_____kg, 身長_____cm						
1. くびは座っていますか。 はい・いいえ						糖	—	検	糖	—								
2. あやすと笑いますか。 はい・いいえ					潜血	—	査	潜血	—									
3. 物をみて目でよく追いますか。 はい・いいえ					白血球	—		白血球	—	頭囲_____cm, 胸囲_____cm								
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																		
(5か月～6か月)					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	
5. 腰をささえると座れますか。 はい・いいえ						2. 眼 異常なし・所見あり(斜視、視覚)											2. 要指導	
6. 寝返りをしますか。 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)											3. 要経過観察	
7. 近くの物を手をのぼしてつかみますか。 はい・いいえ						4. 頭頸部 異常なし・所見あり()											4. 要精密検査	
8. 母親が名前を呼ぶと振り向きますか。 はい・いいえ						5. 胸 部 異常なし・所見あり()											5. 要医療	
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						6. 腹 部 異常なし・所見あり()											6. 加療中	
10. 心配なことがあればご記入ください。(3か月～6か月)						7. 脊椎四肢 異常なし・所見あり()										フ ォ ロ ー の 必 要 性 無・有		
						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																		
7. 日本脳炎 (1. 2)																		

0歳児 健診票(0歳7か月～0歳11か月)

健診日 年 月 日

氏名			第 子	男 女	生年月日 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				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				
在胎週数	週	現在の病気															
問 診 項 目																	
(7か月～8か月)																	
1. ひとりで座っておもちゃなどで遊びますか。			はい・いいえ			医師名						備考					
2. 寝返りしてもとにもどりますか。			はい・いいえ														
3. 音のする方を振り向きますか。			はい・いいえ														
4. 話しかけるような声をむけますか。(4か月)			はい・いいえ			尿						計					
5. 物を何度も落として喜びますか。			はい・いいえ			検						測					
						査						頭					
(9か月～11か月)						蛋白						測					
6. つかまり立ちますか。(9か月～10か月)			はい・いいえ			糖						体重_____kg, 身長_____cm					
7. ハイハイをしますか。(9か月～10か月)			はい・いいえ			潜						頭					
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。			はい・いいえ			血						囲_____cm, 胸囲_____cm					
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)			はい・いいえ			球						小					
10. 伝い歩きしますか。(11か月)			はい・いいえ			白						児					
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)			ない・ある			血						科					
12. 心配なことがあればご記入ください。(7か月～11か月)						球						小					
						1. 栄養状態 太り気味・普通・やせ気味						総					
						2. 眼 異常なし・所見あり(斜視、視覚)						合					
						3. 耳鼻咽喉 異常なし・所見あり(右・左扁桃肥大、聴覚)						判					
						4. 頭頸部 異常なし・所見あり()						定					
						5. 胸 部 異常なし・所見あり()						フ					
						6. 腹 部 異常なし・所見あり()						ォ					
						7. 脊椎四肢 異常なし・所見あり()						ロ					
						8. 皮 膚 異常なし・所見あり()						ー					
						9. 精神発達 異常なし・所見あり()						の					
						10. 運動発達 異常なし・所見あり()						必					
						11. 言語発達 異常なし・所見あり()						要					
						12. その他 ()						性					
												無・有					
						医師名						備考					
予	うけたものに○をしてください。					連											
防	1. Hib (1. 2. 3) 2. 小児用肺炎球菌 (1. 2. 3)					絡											
接	3. ロタ (1. 2. (3)) 4. B型肝炎 (1. 2. 3)					事											
種	5. 四種混合 (1. 2. 3) 6. BCG					項											
	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 年 月 日

氏名		第 男 子 女	生年月日 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)											
						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 ()											
						医師名						備考					
						尿 検 査	蛋白	—	再	蛋白	—	計	体重_____kg, 身長_____cm				
							糖	—	検	糖	—		頭囲_____cm, 胸囲_____cm				
						小 児 科	潜血	—	査	潜血	—						
							白血球	—		白血球	—						
						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 ()											
						8. 皮 膚 異常なし・所見あり ()							フォロー				
						9. 精神発達 異常なし・所見あり ()							の必要性				
						10. 運動発達 異常なし・所見あり ()							無・有				
						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. 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)		8. おたふくかぜ (1)															
9. 水痘 (1. 2)		10. 日本脳炎 (1. 2. 追)															

2歳児 健診票(2歳0か月～2歳11か月)

健診日 年 月 日

氏名		第 子	男・女	生年月日		健診結果														
住所		保護者名		年 月 日		歯					科									
出生体重		g		今までの病気		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	連絡事項				
在胎週数		週		現在の病気		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E					
問診項目																				
1. 両足をそろえてとべますか。				はい・いいえ		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（ ）														
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																
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																
4. ひとりでご飯を食べられますか。				はい・いいえ																
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																
6. クレヨンなどでなぐり書きしますか。				はい・いいえ																
7. 目がわるいという心配はありませんか。				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																
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。						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. MR (1)		8. おたふくかぜ (1)																		
9. 水痘 (1. 2)		10. 日本脳炎 (1. 2. 追)																		
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. 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									
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 ()																				

3歳児 健診票(3歳0か月～3歳11か月)

健診日 年 月 日

氏名		第 子	男・女	生年月日		健診結果															
住所		保護者名		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.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		小児科	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 ()						総合判定		1.問題なし	
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	—		白血球	—									5.要医療	
6.文章を話しますか。(3語文以上)				はい・いいえ												6.加療中					
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												フォローの必要性					
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)		8. おたふくかぜ (1)																			
9. 水痘 (1. 2)		10. 日本脳炎 (1. 2. 追)																			

4歳児 健診票(4歳0か月～4歳11か月)

健診日 年 月 日

氏名	第 子	男 女	生年月日		健診結果											
			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					
1. 片足でケンケンができますか。はい・いいえ					尿 検 査	蛋白	—	再	蛋白	—	計	体重_____kg, 身長_____cm				
2. まねて三角が書けますか。はい・いいえ						糖	—	検	糖	—						
3. 足を交互にだして階段をおりますか。はい・いいえ						潜血	—	査	潜血	—	測	頭囲_____cm, 胸囲_____cm				
4. その日にあったことなどを話しますか。はい・いいえ						白血球	—	査	白血球	—						
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						小児科										
6. 自分でウンチしますか。はい・いいえ						1. 栄養状態 太り気味・普通・やせ気味										
7. 上着のボタンがはめられますか。はい・いいえ						2. 眼 異常なし・所見あり (斜視、視覚)										
8. 目がわるいという心配はありませんか。ない・ある						3. 耳鼻咽喉 異常なし・所見あり (右・左扁桃肥大、聴覚)										
9. 耳の聞こえについて不安はありませんか。ない・ある						4. 頭頸部 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。						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 ()											
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)		8. おたふくかぜ (1)														
9. 水痘 (1. 2)		10. 日本脳炎 (1. 2. 追)														

5歳児 健診票(5歳0か月～5歳11か月)

健診日 年 月 日

氏名		第 子	男・女	生年月日		健診結果										
住所		保護者名		年 月 日		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						歯の汚れ：きれい・普通・きたない										
1. でんぐり返りをしますか。				はい・いいえ		歯肉・粘膜：異常なし・あり ()										
2. はさみで線の上を切れますか。				はい・いいえ		不正咬合：なし・要注意 ()										
3. はっきりとした発音で話ができますか。				はい・いいえ		その他 ()										
4. 色(赤・青・緑・黄色)がわかりますか。				はい・いいえ		医師名						備考				
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		尿	蛋白	—	再	蛋白	—	計	体重_____kg, 身長_____cm			
6. 目がわるいという心配はありませんか。				ない・ある		検	糖	—	検	糖	—	測	頭囲_____cm, 胸囲_____cm			
7. 耳の聞こえについて不安はありませんか。				ない・ある		査	潜血	—	査	潜血	—					
8. 心配なことがあればご記入ください。				ない・ある		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		1. 問題なし		
						2. 眼 異常なし・所見あり(斜視、視覚)						合		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)						判		3. 要経過観察		
						4. 頭頸部 異常なし・所見あり()						定		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()										
						8. 皮膚 異常なし・所見あり()								フォロー		
						9. 精神発達 異常なし・所見あり()								の必要性		
						10. 運動発達 異常なし・所見あり()								無・有		
						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。						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)													
	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. 2)		8. おたふくかぜ (1. 2)													
	9. 水痘 (1. 2)		10. 日本脳炎 (1. 2. 追)													
	11. 三種混合															
						連絡事項										

6歳児 健診票(6歳0か月～6歳11か月)

健診日 年 月 日

氏名		第 子	男・女	生年月日		健診結果														
住所		保護者名		年 月 日		歯					科									
出生体重		g		今までの病気		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	連絡事項				
在胎週数		週		現在の病気		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E					
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		歯 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 ()														
2. 片足で10秒ぐらいたてますか。				はい・いいえ																
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																
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				はい・いいえ																
心配はありませんか。				ない・ある																
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																
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								
糖		—		検		糖		—		測		頭囲_____cm, 胸囲_____cm								
潜血		—		査		潜血		—												
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				1. 総				1. 問題なし										
2. 眼		異常なし・所見あり (斜視、視覚				合				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				判				3. 要経過観察										
4. 頭頸部		異常なし・所見あり (定				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		1. Hib (1. 2. 3. 追)		2. 小児用肺炎球菌 (1. 2. 3. 追)		医師名				備考										
防		3. ロタ (1. 2. (3))		4. B型肝炎 (1. 2. 3)		連														
接		5. 四種混合 (1. 2. 3. 追)		6. BCG		絡														
種		7. MR (1. 2)		8. おたふくかぜ (1. 2)		事														
		9. 水痘 (1. 2)		10. 日本脳炎 (1. 2. 追)		項														
		11. 三種混合																		