

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 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				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 ()										
						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 測	体重_____kg, 身長_____cm				
							糖	—	検	糖	—		頭囲_____cm, 胸囲_____cm				
						潜血	—	査	潜血	—							
						白血球	—		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 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						

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	健 診 結 果																
					年 月 日	E	D	C	B	A		A	B	C	D	E						
住所			保護者名			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 (本)																
問 診 項 目						歯肉・粘膜：異常なし・あり ()																
(7か月～8か月)						不正咬合：なし・要注意 ()																
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																
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																
5. 物を何度も落として喜びますか。						はい・いいえ																
(9か月～11か月)																						
6. つかまり立ちますか。(9か月～10か月)						はい・いいえ																
7. ハイハイをしますか。(9か月～10か月)						はい・いいえ																
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																
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																
10. 伝い歩きしますか。(11か月)						はい・いいえ																
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																
12. 心配なことがあればご記入ください。(7か月～11か月)																						
						医師名						備考										
						尿 蛋白 糖 潜血 白血球						再 検 査 蛋白 糖 潜血 白血球						計 測 体重_____kg, 身長_____cm 頭囲_____cm, 胸囲_____cm				
						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 ()						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) 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)																					

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	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 測	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	—	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						
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	—							
うけたものに○をしてください。						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 ()						
予 防 接 種						医師名					備考						
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. 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

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 糖	蛋白	—	再 検	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			潜血	—	検 査	潜血	—		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	白血球	—	査	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									
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			フォローの必要性 無 ・ 有																				
6. 文章を話しますか。(3語文以上)				はい・いいえ																							
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																							
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. 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))																											

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											
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				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 糖	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			潜血	糖	—	検	糖		—	測	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		白血球		—	—	査	—	—					
9. 耳の聞こえについて不安はありませんか。				はい・いいえ			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			
10. 心配なことがあればご記入ください。				ない・ある		2. 眼 異常なし・所見あり (斜視、視覚)					2. 要指導						
				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)					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 ()					フオロー 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 ()											
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))															

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	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. ブランコに立ちのりしてこげますか。				はい・いいえ		歯の汚れ：きれい・普通・きたない																					
2. 片足で10秒ぐらいたてますか。				はい・いいえ		歯肉・粘膜：異常なし・あり ()																					
3. 自分の「前後」「左右」がおおよそわかりますか。				はい・いいえ		不正咬合：なし・要注意 ()																					
4. ひとりで衣服の着脱ができますか。				はい・いいえ		その他 ()																					
5. ひらがなの自分の名前を読めますか。				はい・いいえ		医師名						備考															
6. ことばの発達、発音などについて				はい・いいえ		尿 検 査	蛋白	—	再	蛋白	—	計 測	体重_____kg, 身長_____cm														
心配はありませんか。				ない・ある			糖	—	検	糖	—		頭囲_____cm, 胸囲_____cm														
7. 友だちと鬼ごっこなどして遊びますか。				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 ()															
8. 目がわるいという心配はありませんか。				ない・ある			白血球	—	査	白血球	—						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										
9. 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					
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))															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))																											