

母子健診の結果

*レ点でチェックします。また気づいたことなどをご記入下さい。

健診の種類	結果						
3~4 か月	いつ頃	年	月	どこで (機関名)			
	身長	cm	体重	g	頭囲	cm	胸囲
							cm
	<input type="checkbox"/> 異常なし		<input type="checkbox"/> 経過観察 ()				
	<input type="checkbox"/> 精密検査が必要 (結果)		()				
6~7 か月	いつ頃	年	月	どこで (機関名)			
	身長	cm	体重	g	頭囲	cm	胸囲
							cm
	<input type="checkbox"/> 異常なし		<input type="checkbox"/> 経過観察 ()				
	<input type="checkbox"/> 精密検査が必要 (結果)		()				
9~10 か月	いつ頃	年	月	どこで (機関名)			
	身長	cm	体重	g	頭囲	cm	胸囲
							cm
	<input type="checkbox"/> 異常なし		<input type="checkbox"/> 経過観察 ()				
	<input type="checkbox"/> 精密検査が必要 (結果)		()				
12 か月	いつ頃	年	月	どこで (機関名)			
	身長	cm	体重	g	頭囲	cm	胸囲
							cm
	<input type="checkbox"/> 異常なし		<input type="checkbox"/> 経過観察 ()				
	<input type="checkbox"/> 精密検査が必要 (結果)		()				
1 歳 6 か月	いつ頃	年	月	どこで (機関名)			
	身長	cm	体重	g	頭囲	cm	胸囲
							cm
	<input type="checkbox"/> 異常なし		<input type="checkbox"/> 経過観察 ()				
	<input type="checkbox"/> 精密検査が必要 (結果)		()				
歯科健診	フッ素塗布	<input type="checkbox"/> した	<input type="checkbox"/> しない				
	虫歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () 本)		<input type="checkbox"/> 治療済み	<input type="checkbox"/> 放置	
	その他異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (不正咬合)				
(2 歳)	いつ頃	年	月	どこで (機関名)			
	身長	cm	体重	g	頭囲	cm	胸囲
							cm
	<input type="checkbox"/> 異常なし		<input type="checkbox"/> 経過観察 ()				
	<input type="checkbox"/> 精密検査が必要 (結果)		()				
3 歳	いつ頃	年	月	どこで (機関名)			
	身長	cm	体重	g	頭囲	cm	胸囲
							cm
	<input type="checkbox"/> 異常なし		<input type="checkbox"/> 経過観察 ()				
	<input type="checkbox"/> 精密検査が必要 (結果)		()				
	視力検査	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり	聴力検査	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり	
歯科健診	フッ素塗布	<input type="checkbox"/> した	<input type="checkbox"/> しない				
	虫歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり () 本)		<input type="checkbox"/> 治療済み	<input type="checkbox"/> 放置	
	その他異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (不正咬合)				

【乳児期】

発育の経過（母子健康手帳を参考にご記入下さい）

* 丸で囲みます。また気になることなどをご記入下さい。誕生日の前後にご記入下さい。

3～4か 月頃	記入日： 年 月 日 （ か月）
	首のすわり 年 月 日頃
	あやすと笑う はい いいえ
	音のする方向をみる はい いいえ
	目のことで気になることがある はい（ ）
	気になること （例）鼻づまりが気になる等

6～7か 月頃	記入日： 年 月 日 （ か月）
	寝返り 年 月 日頃
	おすわり 年 月 日頃
	身体のそばのおもちゃをつかむ はい いいえ
	話しかけるような声を出す はい いいえ
	テレビの音が聞こえるとすぐそちらを見る はい いいえ
	離乳食を始めた 年 月 日頃
	気になること

9～10か 月頃	記入日： 年 月 日 （ か月）
	はいはい 年 月 日頃
	つかまり立ち 年 月 日頃
	指で小さい物をつまむ はい いいえ
	機嫌よくひとり遊びをする はい いいえ
	ささやき声に振り向く はい いいえ
	後追いをする はい いいえ
	日中寝てばかりいる いいえ はい
	夜あまり寝ない いいえ はい
気になること	

【幼児期（1歳～2歳児）】

発育の経過（母子健康手帳を参考にご記入下さい）

*丸で囲みます。また気になることなどをご記入下さい。誕生日の前後にご記入下さい。

1歳頃	記入日： 年 月 日 （ 歳 か月）
	つたい歩き 年 月 日頃
	バイバイなどの身振り はい いいえ
	音楽に合わせて身体を動かす はい いいえ
	簡単な言葉（おいで・ちょうだいなど）がわかる はい いいえ
	部屋の離れたところを指さすとその方向をみる はい いいえ
	一緒に遊ぶと喜ぶ はい いいえ
	知っている物を指さしする はい いいえ
	好きな遊び（あそびの例）
	気になること

*誕生日より6か月後にご記入下さい。

1歳6か月頃	記入日： 年 月 日 （ 歳 か月）
	ひとり歩き 年 月 日頃
	意味のある言葉（言葉の例）
	自分でコップを持って飲む はい いいえ
	極端にまぶしがるなど目の動きが気になる はい いいえ
	後ろから名前を呼んだ時振り返る はい いいえ
	視線をあわせる はい いいえ
	好きな遊び（あそびの例）
気になること	

*誕生日の前後にご記入下さい。

2歳頃	記入日： 年 月 日 （ 歳 か月）
	走る はい いいえ
	スプーンを使って自分で食べる はい いいえ
	積み木で物を作り遊ぶ はい いいえ
	大人の身振りのまねをする はい いいえ
	2語文を話す はい いいえ
	落ち着きがない いいえ はい
	好きな遊び（あそびの例）
気になること	

【幼児期（5～6歳児）】

発育の経過（母子健康手帳を参考にご記入下さい）

* 丸で囲みます。また気になることなどをご記入下さい。誕生日の前後にご記入下さい。

5歳頃	記入日： 年 月 日 （ 歳 か月）			
	でんぐり返しができる	はい	いいえ	
思い出して絵を書く	はい	いいえ		
色（赤・黄・緑・青）がわかる	はい	いいえ		
発音がはっきりしている	はい	いいえ		
ひとりでうんちができる	はい	いいえ		
幼稚園などの集団生活になじんでいる	はい	いいえ		
いつも指しゃぶりをしている	はい	いいえ		
お話を読んであげるとその内容がわかる	はい	いいえ		
気になること				

* 誕生日前後にご記入下さい。

6歳頃	記入日： 年 月 日 （ 歳 か月）			
	片足で5～10秒間立ってられる	はい	いいえ	
四角をまねて書ける	はい	いいえ		
自分の「前後」「左右」がおおよそわかる	はい	いいえ		
おもちゃやお菓子などを欲しくても我慢できる	はい	いいえ		
約束やルールを守って遊べる	はい	いいえ		
気になること				