

表紙

ページ 1 受取後記入

ページ 2 妊婦の健康状態等

ページ 3 妊婦の職業と環境

ページ 4 妊娠中の記録（1）

ページ 5 妊娠中の記録（2）

ページ 6 妊娠中の記録（3）

ページ 7 妊娠中の記録（4）

ページ 8～9 妊娠中の経過

ページ 10 検査の記録

ページ 11 父親や周囲の方の記録

ページ 12 両親学級などの受講記録

ページ 13 妊娠中と産後の歯の状態

ページ 14 出産の状態

ページ 15 出産後の母体の経過

ページ 16 サービス利用記録

ページ 17 早期・後期新生児期の記録

ページ 18 検査の記録

ページ 20 保護者の記録【1ヶ月頃】

ページ 21 1ヶ月児健康診査

ページ 22 保護者の記録【2ヶ月頃】

ページ 23 2ヶ月児健康診査

ページ 24 保護者の記録【3～4ヶ月頃】

ページ 25 3～4ヶ月児健康診査

ページ0（表紙）

- ・表紙

ページ1（受取後記入）

- ・ページ1\_受取後記入

ページ2（妊婦の健康状態等）

- ・ページ2\_妊婦の健康状態等

ページ3（妊婦の職業と環境）

- ・ページ3\_妊婦の職業と環境

ページ4（妊娠中の記録）

- ・ページ4\_妊娠中の記録（1）
- ・ページ5\_妊娠中の記録（2）
- ・ページ6\_妊娠中の記録（3）
- ・ページ7\_妊娠中の記録（4）

ページ5（妊娠中の経過）

- ・ページ8～9\_妊娠中の経過

ページ6（検査の記録）

- ・ページ10\_検査の記録
- ・ページ18\_検査の記録

ページ7（父親や周囲の方の記録）

- ・ページ11\_父親や周囲の方の記録

ページ8（両親学級などの受講記録）

- ・ページ12\_両親学級などの受講記録

ページ9（妊娠中と産後の歯の状態）

- ・ページ13\_妊娠中と産後の歯の状態

ページ10（出産の状態）

- ・ページ14\_出産の状態

ページ11（出産後の母体の経過）

- ・ページ15\_出産後の母体の経過

ページ12（サービス利用記録）

- ・ページ16\_サービス利用記録

ページ13（早期・後期新生児期の記録）

- ・ページ17\_早期・後期新生児期の記録

ページ14（保護者の記録）

- ・ページ20\_保護者の記録【1ヶ月頃】
- ・ページ22\_保護者の記録【2ヶ月頃】
- ・ページ24\_保護者の記録【3～4ヶ月頃】

ページ15（健康診査）

- ・ページ21\_1ヶ月児健康診査
- ・ページ23\_2ヶ月児健康診査
- ・ページ25\_3～4ヶ月児健康診査

C(作成),R(参照),U(編集)	保護者	役 所	支援者
ページ0（表紙）	R,U	C,R,U	R
ページ1（受取後記入）	C,R,U	R,U	R
ページ2（妊婦の健康状態等）	C,R,U	R	R
ページ3（妊婦の職業と環境）	C,R,U	R	R
ページ4（妊娠中の記録）	C,R,U	R	R
ページ5（妊娠中の経過）	R	R	C,R,U
ページ6（検査の記録）	R	R	C,R,U
ページ7（父親や周囲の方の記録）	C,R,U	R	R
ページ8（両親学級などの受講記録）	C,R,U	R	R
ページ9（妊娠中と産後の歯の状態）	R	R	C,R,U
ページ10（出産の状態）	R	R	C,R,U
ページ11（出産後の母体の経過）	R,U	R	C,R,U
ページ12（サービス利用記録）	R	R	C,R,U
ページ13（早期・後期新生児期の記録）	R	R	C,R,U
ページ14（保護者の記録）	C,R,U	R	R
ページ15（健康診査）	C,R,U	R	R

[目次へ戻る](#)

様式第三号（第七条関係）

市町村（特別区）名

母 子 健 康 手 帳

令和    年    月    日交付    No. \_\_\_\_\_

保護者の氏名：ふりがな \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_

子の氏名ふりがな \_\_\_\_\_（第    子）

生年月日：令和    年    月    日    性別：\_\_\_\_\_

[目次へ戻る](#)

＜この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。＞

子 の 保 護 者	続 柄	氏 名	生 年 月 日 ( 年 齢 )	職 業
	母 (妊婦)		年 月 日生( 歳)	
	父		年 月 日生( 歳)	
			年 月 日生( 歳)	
	居住地	電話		
		電話		
電話				

出 生 届 出 済 証 明

子 の 氏 名	男・女
出 生 の 場 所	都道府県 市区町村
出生の年月日	年 月 日

上記の者については 年 月 日  
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長 印

※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。

[目次へ戻る](#)

＜このページは妊婦自身で記入してください。＞  
**妊 婦 の 健 康 状 態 等**

妊 婦	身 長	cm	ふだんの体重	kg	B M I
	BMI＝体重(kg) ÷身長 (m)÷身長 (m) (体格指数)				
○次の病気にかかったことがありますか。(あるものに○印)					
高血圧    腎臓病    糖尿病    肝炎    心臓病    甲状腺の病気 精神疾患(心の病気)    その他病気(病名)    )					
○次の感染症にかかったことがありますか。					
風しん(三日はしか)    (はい    いいえ    予防接種を受けた)					
麻疹(はしか)    (はい    いいえ    予防接種を受けた)					
水 痘(水ぼうそう)    (はい    いいえ    予防接種を受けた)					
○今までに手術を受けたことがありますか。					
なし    あり    (病名)    )					
○服用中の薬(常用薬)    (    )					
○薬剤や食品などのアレルギー    (    )					
○家庭や仕事など日常生活で強いストレスを    はい    いいえ 感じていますか。					
○今回の妊娠に際し、心配なことはありますか。    はい    いいえ					
○その他心配なこと(    )					
○たばこを吸いますか。					
いいえ(以前は吸っていた(1日    本))    はい(1日    本)					
○同居者は同室でたばこを吸いますか。    いいえ    はい(1日    本)					
○酒類を飲んでいますか。					
いいえ(以前は飲んでいて(1日    程度))    はい(1日    程度)					
※喫煙と飲酒は、赤ちゃんの成長に大きな影響を及ぼしますので、やめましょう。					
夫・パートナーの 健康状態	健康	よくない(病名)    )			

**い ま ま で の 妊 婦 ・ 出 産**

出産年月	妊娠期間・出産方法	出 生 児 の 体 重 ・ 性 別	現在の子の 状 態
年    月	妊娠          週	男 g 女	

※妊娠についての悩みや、出産・育児の不安がある方は、市町村(子育て世代包括支援センター)、医療機関等に気軽に相談しましょう。

[目次へ戻る](#)

<このページは妊婦自身で記入してください。>

## 妊 婦 の 職 業 と 環 境

妊 娠 に 気 づ い た と き の 状 況	職 業				
	仕事の内容と 職 場 環 境 ※				
	仕事をする時間	1 日 約 (        ) 時間・ (        ) 時～ (        ) 時 交代制など変則的な勤務 (あり・なし)			
	通勤や仕事に 利用する乗り物				
	通 勤 の 時 間	片道 (        ) 分	混雑の程度	ひどい・普通	
妊 娠 し て か ら の 変 更 点		仕事を休んだ (妊娠 週 (第 月) のとき) 仕事を変えた (妊娠 週 (第 月) のとき) 仕事をやめた (妊娠 週 (第 月) のとき) そ の 他 (        )			
産 前 休 業		月 日から 月 日まで			
産 後 休 業		月 日から 月 日まで			
育 児 休 業	母親	月 日から 月 日まで			
		月 日から 月 日まで			
	父親	月 日から 月 日まで			
		月 日から 月 日まで			
		月 日から 月 日まで			
住 居 の 種 類		一戸建て (        階建) 集合住宅 (        階建   階・エレベーター：有・無) その他 (        )			
騒 音		静 ・ 普通 ・ 騒	日当たり	良 ・ 普通 ・ 悪	
同 居	子ども (        人) ・ 夫 ・ 夫の父 ・ 夫の母 ・ 実 父 ・ 実 母 その他 (        人)				

※立ち作業など負担の大きい作業が多い、温湿度が厳しい、たばこの煙がひどい、振動が多い、ストレスが多い、休憩がとりにくい、時間外労働が多いなどの特記事項も記入しましょう。

[目次へ戻る](#)

## 妊娠中の記録（1）

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊  
娠

<妊娠3か月> 妊娠8週 ～ 妊娠11週（ 月 日 ～ 月 日）

※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておくと安心です。

<妊娠4か月> 妊娠12週 ～ 妊娠15週（ 月 日 ～ 月 日）

※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう（以降も各種検査結果について確認しましょう。）。  
※里帰り出産を予定している場合は、医師や助産師、家族と話し合い、準備しましょう。

最終月経開始日	年	月	日
この妊娠の初診日	年	月	日
胎動を感じた日	年	月	日
分娩 <sup>べん</sup> 予定日	年	月	日

※働く女性は、妊婦健康診査で医師等から指導（予防的措置も含みます。）があった際は、「母性健康管理指導事項連絡カード」を活用しましょう。

[目次へ戻る](#)

## 妊娠中の記録 (2)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

<妊娠 5 か月> 妊娠16週 ～ 妊娠19週 ( 月 日 ～ 月 日 )

妊  
娠

※働く女性・男性のための出産、育児に関する制度を確認しましょう。

<妊娠 6 か月> 妊娠20週 ～ 妊娠23週 ( 月 日 ～ 月 日 )

※妊婦健康診査は必ず受けましょう。

妊娠中は、気がかりなことがなくても、身体にはいろいろな変化が起こっています。きちんと妊婦健康診査を受けましょう。

※妊娠中注意したい症状

次のような症状は、治療などの対応が必要な場合もありますので、医師などに相談しましょう。

〔むくみ・性器出血・おなかの張り・腹痛・発熱・下痢・がんこな便秘〕  
〔ふだんと違ったおりもの・強い頭痛・めまい・はきけ・嘔吐〕

また、つわりで衰弱がひどいとき、イライラや動悸がはげしく、不安感が強いとき、今までであった胎動を感じなくなったときは、すぐに医師などに相談しましょう。



[目次へ戻る](#)

### 妊娠中の記録 (3)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊  
娠

<妊娠 7 か月> 妊娠24週 ～ 妊娠27週 ( 月 日 ～ 月 日)

<妊娠 8 か月> 妊娠28週 ～ 妊娠31週 ( 月 日 ～ 月 日)

出産前後の居住地	住所	電話
妊娠・分娩に係る 緊急連絡先 (知らせて欲しい人)	氏名	電話
	氏名	電話
分娩施設への アクセス方法	自家用車・タクシー・徒歩・その他 ( ) 所要時間 ( 時間 分)	
出産前後、家事や育児 を手伝ってくれる人		

※出血や破水、おなかの強い張りや痛み、胎動の減少を感じたら、すぐに医療機関を受診しましょう。

[目次へ戻る](#)

## 妊娠中の記録 (4)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊  
娠

<p>&lt;妊娠 9 か月&gt; 妊娠32週 ～ 妊娠35週 ( 月 日 ～ 月 日 )</p>	
<p>※出産に備えて連絡先や分娩施設に持参するものを確認しておきましょう。          ※出産や産後の生活について、不安な点や不明な点はかかりつけの医師や助産師、市町村の保健師などに相談しましょう。</p>	
<p>&lt;妊娠10か月&gt; 妊娠36週 ～ 妊娠39週 ( 月 日 ～ 月 日 )</p>	
<p>妊娠 40 週 ～ ( 月 日 )</p>	<p>出産日： 年 月 日</p>
<p>※赤ちゃん誕生を迎えた気持ちを記入しておきましょう。</p>	

※出血や破水、おなかの強い張りや痛み、胎動の減少を感じたら、すぐに医療機関を受診しましょう。

[目次へ戻る](#)

妊 娠 中 の 経 過

妊娠

診 察 月 日	妊 娠 週数-日	子 宮 底 長	腹 囲	体 重 妊娠前の体重 ( )	血 圧	浮 腫	たん 尿蛋白	尿 糖
/	-	cm	cm	kg		- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #
/	-					- + #	- + #	- + #

妊娠

そ の 他 の 検 査 (血液検査、血糖、 超音波など)	特 記 事 項 (安静・休業などの指示や切迫早産 等の産科疾患や合併症など)	施 設 名 又 は 担 当 者 名

※妊婦健康診査を受けるときはもちろん、外出時はいつも持参しましょう。

[目次へ戻る](#)

## 検査の記録

妊娠

感染症検査や子宮頸がん検診の結果に関して、気になる点や追加検査・治療が必要かについて、医師に相談しましょう。

検 査 項 目	検 査 年 月 日	備 考
血液型	年 月 日	A B O 型 R h
不規則抗体	年 月 日	
子宮頸がん検診 <sup>けい</sup>	年 月 日	
梅毒血清反応	年 月 日	
H B s 抗原	年 月 日	
H C V 抗体	年 月 日	
H I V 抗体	年 月 日	
風しんウイルス抗体	年 月 日	
H T L V - 1 抗体	年 月 日	
クラミジア抗原	年 月 日	
B群溶血性連鎖球菌	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

※検査結果を記録する場合は、妊婦に説明し同意を得ること。

[目次へ戻る](#)

## 父親や周囲の方の記録

赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊  
娠

[目次へ戻る](#)

<このページは妊婦自身で記入してください。>

## 両 親 学 級 な の の 受 講 記 録

妊  
娠

受 講 年 月 日	課 目	備 考
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

予 備 欄

[目次へ戻る](#)

## 妊娠中と産後の歯の状態

がく (上顎)		初回診査 年 月 日		妊 娠
		妊 娠 週		
歯の状態記号：健全歯／むし歯（未処置歯）C 処置歯○喪失歯△		要治療の むし歯 なし あり（本）		
		歯 石 なし あり		
		歯 肉 の なし 炎 症 あり（要指導） あり（要治療）		
		特記事項		
		施設名又は担当者名		

  

妊娠・産後 週																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯 石	なし あり
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯肉の 炎 症	なし あり（要指導） あり（要治療）
特記事項																	
年 月 日診査										施設名又は担当者名							

  

妊娠・産後 週																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯 石	なし あり
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯肉の 炎 症	なし あり（要指導） あり（要治療）
特記事項																	
年 月 日診査										施設名又は担当者名							

※むし歯や歯周病などの病気は妊娠中に悪くなりやすいものです。歯周病は早産等の原因となることがあるので注意し、歯科医師に相談しましょう。  
 ※歯科医師にかかるときは、妊娠中であることを話してください。

[目次へ戻る](#)

出 産 の 状 態				
出 産	妊 娠 期 間	妊 娠 週 日		
	べん 娩 出 日 時	前 年 月 日 午 時 分 後		
	分 べん 娩 経 過	頭位 ・ 骨盤位 ・ その他 ( ) 特記事項		
	分 べん 娩 方 法			
	分 べん 娩 所 要 時 間		出 血 量	少量・中量・多量 ( ml)
	輸血 (血液製剤含む) の有無		無 ・ 有 ( )	
出 産 時 の 児 の 状 態	性 別 ・ 数	男 ・ 女 ・ 不明		単 ・ 多 ( 胎)
	計 測 値	体重 g		身長 . cm
		頭囲 . cm		胸囲 . cm
	特別な所見・処置	新生児仮死→ ( 死 亡・蘇 生 ) ・ 死 産		
証 明	出生証明書・死産証書 (死胎検案書) ・出生証明書及び死亡診断書			
出産の場所 名 称				
分 べん 娩 取 扱 者	医 師		その他	
氏 名	助産師			



[目次へ戻る](#)

<出産後・退院時の診察のときに記入してもらいましょう。>

## 出 産 後 の 母 体 の 経 過

産 後 日月数	子 宮 復 古	お 悪 ろ 露	乳房の状態	血 圧	たん 尿蛋白	尿 糖	体 重	EPDS等の 実施など
	良・否	正・否			－＋＃	－＋＃	kg	
	良・否	正・否			－＋＃	－＋＃		
	良・否	正・否			－＋＃	－＋＃		
	良・否	正・否			－＋＃	－＋＃		
	良・否	正・否			－＋＃	－＋＃		

出  
産

## 母 親 自 身 の 記 録

○気分が沈んだり涙もろくなったり、何もやる気になれないといった  
ことがありますか。                      いいえ      はい      何ともいえない

○産後、ご自身の気持ちやからだのことで、気がついたこと、変わったことが  
あれば、医師、助産師、地域の子育てに関する相談機関（子育て世代包括支  
援センター等）に相談しましょう。

○産後のご自身の気持ちなど、自由に記入しましょう。

入      浴	産後   日（   月   日）	家事開始	産後   日（   月   日）
家事以外の 労 働 開 始	産後   日（   月   日）	月経再開	年   月   日
家族計画指導	なし・あり（医師・受胎調節実地指導員・助産師）   年   月   日		

[目次へ戻る](#)

＜産後ケアを利用した時に記入してもらいましょう。＞

産後ケアの記録

産  
後

年月日	方法	場所	備考
	宿泊・デイサービス・訪問		
	宿泊・デイサービス・訪問		
	宿泊・デイサービス・訪問		
	宿泊・デイサービス・訪問		
	宿泊・デイサービス・訪問		
	宿泊・デイサービス・訪問		
	宿泊・デイサービス・訪問		

＜地域の子育てに関する相談機関（子育て世代包括支援センター等）を利用した時に記入してもらいましょう。＞

利用記録

年月日	概要など	場所

[目次へ戻る](#)

### 早期新生児期【生後 1 週間以内】の経過

日 齢*	体重 (g)	哺乳力	黄疸	その他
		普通・弱	なし・普通・強	
		普通・弱	なし・普通・強	

ビタミンK2シロップ投与 実施日 / /

出生時またはその後の異常：なし  
あり ( その処置 )

退院時の記録 ( 年 月 日 生後 日 )

体重 g	栄養法	母乳・混合・人工乳
------	-----	-----------

引き続き観察を要する事項：

施設名又は担当者名	電話
-----------	----

### 後期新生児期【生後 1 ～ 4 週】の経過

日 齢*	体重 (g)	哺乳力	栄養法	施設名又は担当者名
		普通・弱	母乳・混合・人工乳	
		普通・弱	母乳・混合・人工乳	

新生児訪問指導等の記録 ( 年 月 日 生後 日 )

日 齢*	体重 (g)	身長 (cm)	胸囲 (cm)	頭囲 (cm)	栄養法
					母乳・混合・人工乳

施設名又は担当者名

特記事項：

※生まれた当日を 0 日として数えること。

[目次へ戻る](#)

## 検査の記録

検査項目	検査年月日	備考
先天性代謝異常検査	年 月 日	
新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE) リファア(要再検査)の場合	年 月 日 年 月 日	右(パス・リファア) 左(パス・リファア)

※検査結果を記録する場合は、保護者に説明し同意を得ること。

乳児

## 予備欄

### 保護者の記録【2週間頃】 ( 年 月 日記録)

- 泣き声やお乳を飲む力が弱いと思いますか。 いいえ はい
- 寝かせるときは、あお向けに寝かせていますか。 はい いいえ
- 自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 はい いいえ
- 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 いいえ はい 何ともいえない
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

※このページは医療機関、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

[目次へ戻る](#)

乳児

保護者の記録【1か月頃】 ( 年 月 日記録)

年 月 日で1か月になりました。

- |                                  |     |            |
|----------------------------------|-----|------------|
| ○裸にすると手足をよく動かしますか。               | はい  | いいえ        |
| ○お乳をよく飲みますか。                     | はい  | いいえ        |
| ○大きな音にビクッと手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか。 | はい  | いいえ        |
| ○おへそはかわいていますか。                   | はい  | いいえ        |
| ○寝かせるときは、あお向けに寝かせていますか。          | はい  | いいえ        |
| ○自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。     | はい  | いいえ        |
| ○保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。        | いいえ | はい         |
| ○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。          | はい  | いいえ        |
| ○子育てについて不安や困難を感じることはありますか。       | いいえ | はい 何ともいえない |
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

※このページは医療機関、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

※これからの予防接種のスケジュールを確認しましょう。

[目次へ戻る](#)

## 1 か 月 児 健 康 診 査

( 年 月 日実施・ か月 日)

体 重	g	身 長	cm
頭 囲	cm		
栄養状態： 良 ・ 要指導		栄養法： 母 乳・混 合・人工乳	

健康・要観察

乳児

特記事項

施設名又は 担当者名	
---------------	--

次の健康診査までの記録  
(自宅などで測定した身長・体重も記入しましょう。)

年 月 日	月 齢	体 重	身 長	特 記 事 項	施設名又は 担当者名
		g	cm		

[目次へ戻る](#)

乳  
児

保護者の記録【2か月頃】 ( 年 月 日記録)

- |                                      |     |     |         |
|--------------------------------------|-----|-----|---------|
| ○お乳をよく飲みますか。                         | いいえ | はい  |         |
| ○目を動かして物を追って見ますか。                    | はい  | いいえ |         |
| ○寝かせるときは、あお向けに寝かせていますか。              | はい  | いいえ |         |
| ○自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。         | はい  | いいえ |         |
| ○保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。            | いいえ | はい  |         |
| ○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。              | はい  | いいえ |         |
| ○子育てについて不安や困難を感じることはありますか。           | いいえ | はい  | 何ともいえない |
| ○成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。 |     |     |         |

※このページは医療機関、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

[目次へ戻る](#)

## 2 か 月 児 健 康 診 査

( 年 月 日実施・ か月 日)

体 重	g	身 長	.	cm
頭 囲	.	cm		
栄養状態：	良 ・ 要指導	栄養法：	母 乳 ・ 混 合 ・ 人工乳	

乳児

健康・要観察

特記事項

施設名又は  
担当者名

次の健康診査までの記録  
(自宅などで測定した身長・体重も記入しましょう。)

年 月 日	月 齢	体 重	身 長	特 記 事 項	施設名又は 担当者名
		g	.	cm	



[目次へ戻る](#)

保護者の記録【3～4ヶ月頃】		(	年	月	日	記録)
乳児	○首がすわったのはいつですか。 (「首がすわる」とは、支えなしで首がぐらつかない状態をいいます。)	(		月		日頃)
	○あやすとよく笑いますか。		はい		いいえ	
	○目つきや目の動きがおかしいのではないかと 気になりますか。		いいえ		はい	
	○見えない方向から声をかけてみると、 そちらの方を見ようとしますか。		はい		いいえ	
	○外気浴をしていますか。 (天気のよい日に散歩するなどしてあげましょう。)		はい		いいえ	
	○自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。	はい		いいえ		
	○お子さんの睡眠で困っていることはありますか。	いいえ		はい		
	○保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。	いいえ		はい		
	○子育てについて気軽に相談できる人はいますか。	はい		いいえ		
	○子育てについて不安や困難を感じることは ありますか。	いいえ	はい		何ともいえない	
○成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。						

※このページは医療機関、子育て世代包括支援センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

