

1 か月健診

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

ご住所：

お電話番号：

ご記入ください

- ① 授乳方法を教えてください 母乳のみ 母乳+ミルク ミルク
ミルクを飲んでいる方は1日量を教えてください ()~()ml/日
- ② 授乳間隔はどれくらいですか 2時間以下 2~3時間 3時間以上
- ③ 便の回数はどれくらいですか 1日に()回 または()日に1回
- ④ 便の色は何色ですか ()色
母子手帳の色見本では何番ですか ()番
- ⑤ 元気な声で泣きますか はい いいえ
- ⑥ 裸にした時に手足を良く動かしますか はい いいえ
- ⑦ お母さんの顔をじっとみつめますか はい いいえ
- ⑧ 大きな音にびっくりしますか はい いいえ
- ⑨ 最近、お母さんの気分がすぐれない、何もやる気が起きない、
涙もろくなった、などがありますか はい いいえ
- ⑩ 育児は楽しいですか はい どちらでもない いいえ
- ⑪ 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか はい いいえ
- ⑫ 赤ちゃんのことや授乳のことなど気になっていることがあれば
以下の空欄にお書きください

2 か月健診

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

性別

男

・ 女

ご住所：

お電話番号：

ご記入ください

- ① 授乳方法を教えてください 母乳のみ 母乳+ミルク ミルク
ミルクを飲んでいる方は1日量を教えてください ()~()ml/日
- ② 授乳間隔はどれくらいですか 2時間以下 2~3時間 3時間以上
- ③ 便の回数はどれくらいですか 1日に()回 または()日に1回
- ④ 便の色は何色ですか ()色
母子手帳の色見本では何番ですか ()番
- ⑤ 話しかけると「あーあー」「うーうー」という声をあげますか
はい いいえ
- ⑥ うつ伏せで頭を少し持ち上げようとしますか はい いいえ
- ⑦ 動いている物に目が追いかけますか はい いいえ
- ⑧ 自分の手をしゃぶって落ち着く様子がありますか はい いいえ
- ⑨ 最近、お母さんの気分がすぐれない、何もやる気が起きない、
涙もろくなった、などがありますか はい いいえ
- ⑩ 育児は楽しいですか はい どちらでもない いいえ
- ⑪ 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか はい いいえ
- ⑫ 赤ちゃんのことや授乳のことなど気になっていることがあれば
以下の空欄にお書きください

3～4 か月健診

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

ご住所：

お電話番号：

ご記入ください

- ① 授乳方法を教えてください 母乳のみ 母乳+ミルク ミルク
ミルクを飲んでいる方は1日量を教えてください ()～()ml/日
- ② 便の回数はどれくらいですか 1日に()回 または()日に1回
- ③ あやすと笑いますか はい いいえ
- ④ 「あーあー」「うーうー」などの声をだしますか はい いいえ
- ⑤ 目で人や物を追いますか はい いいえ
- ⑥ くびはすわりましたか すわった ほぼ すこし すわっていない
- ⑦ おむつ交換時に足の開きが気になりますか はい いいえ
- ⑧ 最近、お母さんの気分がすぐれない、何もやる気が起きない、
涙もろくなった、などがありますか はい いいえ
- ⑨ 育児は楽しいですか はい どちらでもない いいえ
- ⑩ 心配や疲れはありますか はい いいえ
- ⑪ 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか はい いいえ
- ⑫ 赤ちゃんのことや授乳のことなど気になっていることがあれば
以下の空欄にお書きください

5～6 か月健診

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

ご住所：

お電話番号：

ご記入ください

- ① 離乳食は 準備期 1回/日 2回/日
離乳食以外は 母乳 混合 ミルク
- ② 便の回数はどれくらいですか 1日に()回 または()日に1回
- ③ あやすと笑いますか はい いいえ
- ④ 周囲に関心を示して「アウー」「ブー」などの声を出しますか
はい いいえ
- ⑤ 手を伸ばしておもちゃなどをつかみますか はい いいえ
- ⑥ 積木を手に取ったあと、口に持っていきますか はい いいえ
持っている積木を反対の手に持ちかえますか はい いいえ
- ⑦ 首はすわりましたか はい()か月頃 いいえ
- ⑧ 寝返りはしますか はい()か月頃 助ければできる まだ
- ⑨ お座りはしますか 支えなしで可 支えれば可 まだ
- ⑩ 最近、お母さんの気分がすぐれない、何もやる気が起きない、
涙もろくなった、などがありますか はい いいえ
- ⑪ 育児は楽しいですか はい どちらでもない いいえ
- ⑫ 心配や疲れはありますか はい いいえ
- ⑬ 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか はい いいえ
- ⑭ 赤ちゃんのことや授乳のことなど気になっていることがあれば
以下の空欄にお書きください

7～8 か月健診

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

ご住所：

お電話番号：

ご記入ください

- ① 離乳食は 1回/日 2回/日 3回/日
離乳食以外は 母乳 混合 ミルク
- ② 便の回数はどれくらいですか 1日に()回 または()日に1回
- ③ 周囲の人に向かって声を出しますか はい いいえ
- ④ 名前を呼ばれると反応しますか はい いいえ
- ⑤ 手を伸ばしておもちゃなどをつかみますか はい いいえ
- ⑥ 積木を手にとったあと、口に持っていきますか はい いいえ
持っている積木を反対の手に持ちかえますか はい いいえ
- ⑦ 首はすわりましたか はい()か月頃 いいえ
- ⑧ 寝返りはしますか はい()か月頃 助ければできる まだ
- ⑨ お座りはしますか 支えなしで可()か月頃 支えれば可 まだ
- ⑩ ハイハイは 高バイ()か月頃 ずりバイ()か月頃 まだ
- ⑪ 最近、お母さんの気分がすぐれない、何もやる気が起きない、
涙もろくなった、などがありますか はい いいえ
- ⑫ 育児は楽しいですか はい どちらでもない いいえ
- ⑬ 心配や疲れはありますか はい いいえ
- ⑭ 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか はい いいえ
- ⑮ お子様のことや離乳食のことなど気になっていることがあれば
以下の空欄にお書きください

9～10 か月健診

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

ご住所：

お電話番号：

ご記入ください

- ① 離乳食は 1回/日 2回/日 3回/日
離乳食以外は 母乳 混合 ミルク
- ② 便の回数はどれくらいですか 1日に()回 または()日に1回
- ③ 「アーアー」「ダーダー」など意味のない言葉はでますか はい いいえ
- ④ 「ダメ！」というと手を引っ込めて顔をみますか はい いいえ
- ⑤ お父さんやお母さんがいなくなると泣きますか はい いいえ
- ⑥ ボー口など小さなものをつかみますか はい いいえ
- ⑦ 積木を手にとったあと、口に持っていきますか はい いいえ
持っている積木を反対の手に持ちかえますか はい いいえ
- ⑧ 首はすわりましたか はい()か月頃 いいえ
- ⑨ 寝返りはしますか はい()か月頃 助ければできる まだ
- ⑩ お座りはしますか 支えなしで可()か月頃 支えれば可 まだ
- ⑪ ハイハイは 高バイ()か月頃 ずりバイ()か月頃 まだ
- ⑫ つかまり立ちは できる()か月頃 まだ
- ⑬ 伝い歩きは できる()か月頃 まだ
- ⑭ 最近、お母さんの気分がすぐれない、何もやる気が起きない、
涙もろくなった、などがありますか はい いいえ
- ⑮ 育児は楽しいですか はい どちらでもない いいえ
- ⑯ 心配や疲れはありますか はい いいえ
- ⑰ 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか はい いいえ
- ⑱ お子様のことや離乳食のことなど気になっていることがあれば
以下の空欄にお書きください

11 か月～1 歳健診

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

ご住所：

お電話番号：

ご記入ください

- ① 離乳食は 1 回/日 2 回/日 3 回/日
離乳食以外は 母乳 混合 ミルク
- ② 便の回数はどれくらいですか 1 日に()回 または()日に 1 回
- ③ 「マンマ」「バイバイ」などの単語をまねますか はい いいえ
- ④ 「おいで」「ちょうだい」などの言葉に反応しますか はい いいえ
- ⑤ お父さんやお母さんの後追いをしますか はい いいえ
- ⑥ スプーンを自分で使おうとしますか はい いいえ
- ⑦ 小さなものを指先でつかみますか はい いいえ
- ⑧ 首はすわりましたか はい()か月頃 いいえ
- ⑨ 寝返りはしますか はい()か月頃 助ければできる まだ
- ⑩ お座りはしますか 支えなしで可()か月頃 支えれば可 まだ
- ⑪ ハイハイは 高バイ()か月頃 ずりバイ()か月頃 まだ
- ⑫ つかまり立ちは できる()か月頃 まだ
- ⑬ 伝い歩きは できる()か月頃 まだ
- ⑭ 独り立ちは できる()か月頃 まだ
- ⑮ 独りで数歩歩けますか できる()か月頃 まだ
- ⑯ 育児は楽しいですか はい どちらでもない いいえ
- ⑰ 心配や疲れはありますか はい いいえ
- ⑱ 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか はい いいえ
- ⑲ お子様のことや離乳食のことなど気になっていることがあれば
以下の空欄にお書きください

1歳6か月健診

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

ご住所：

お電話番号：

ご記入ください

- ① ひとりで上手に歩けますか はい(歳 か月)頃 いいえ
- ② 手を軽く持つと階段を上がれますか はい いいえ
- ③ 音楽に合わせて踊りますか はい いいえ
- ④ なぐり書きをしますか はい いいえ
- ⑤ 積木を2～3個積みめますか はい いいえ
- ⑥ 指さしをしますか はい いいえ
- ⑦ 「パパ」「ママ」「ワンワン」など意味ある言葉がでますか はい いいえ
- ⑧ 「～持ってきて」というと持ってくることができますか はい いいえ
- ⑨ 視線が合わないことがありますか はい いいえ
- ⑩ 名前を呼ぶと振り向きますか はい いいえ
- ⑪ ご飯は自分で食べようとしますか はい いいえ
- ⑫ 生活リズム 起床()時 昼寝()時 お風呂()時 就寝()時
- ⑬ 育児は楽しいですか はい どちらでもない いいえ
- ⑭ 心配や疲れはありますか はい いいえ
- ⑮ 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか はい いいえ
- ⑯ お子様のことや食事のことなど気になっていることがあれば

以下の空欄にお書きください

2歳健診

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

ご住所：

お電話番号：

ご記入ください

- | | | | |
|---|--|----|----------------|
| ① | 走ることができますか | はい | いいえ |
| ② | 階段を1段ずつ足をそろえて上り下りができますか | はい | いいえ |
| ③ | なぐり書きで丸をグルグル書けますか | はい | いいえ |
| ④ | 積木を横に並べることができますか | はい | いいえ |
| ⑤ | 「ワンワンきた」「ママあっち」など2語文が言えますか | はい | いいえ |
| ⑥ | 目、口、耳、手、足などに指差しができますか | はい | いいえ |
| ⑦ | 「いや」で反応することが多くなってきましたか | はい | いいえ |
| ⑧ | 「～持ってきて」というと持ってくることができますか | はい | いいえ |
| ⑨ | 視線が合わないことがありますか | はい | いいえ |
| ⑩ | 名前を呼ぶと振り向きますか | はい | いいえ |
| ⑪ | 自分でスプーンやフォークを使えますか | はい | いいえ |
| ⑫ | 生活リズム 起床()時 昼寝()時 お風呂()時 就寝()時 | | |
| ⑬ | 育児は楽しいですか | はい | どちらでもない
いいえ |
| ⑭ | 心配や疲れはありますか | はい | いいえ |
| ⑮ | 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか | はい | いいえ |
| ⑯ | お子様のことや食事のことなど気になっていることがあれば
以下の空欄にお書きください | | |

3 歳健診

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

性別

男

・ 女

ご住所：

お電話番号：

ご記入ください

- | | | | |
|--|----|---------|-----|
| ① 足を交互に上げて階段を上ることができますか | はい | いいえ | |
| ② 三輪車に乗ることができますか | はい | いいえ | |
| ③ 丸を書くことができますか | はい | いいえ | |
| ④ ハサミを使うことができますか | はい | いいえ | |
| ⑤ 靴をはくことができますか | はい | いいえ | |
| ⑥ 上着を脱ぐことができますか | はい | いいえ | |
| ⑦ 「おしっこ」「うんち」は伝えることができますか | はい | いいえ | |
| ⑧ 自分の姓名・年齢を言えることができますか | はい | いいえ | |
| ⑨ 大きい、小さい、の区別ができますか | はい | いいえ | |
| ⑩ 役になりきってごっこ遊びをしますか | はい | いいえ | |
| ⑪ 視線が合わないことがありますか | はい | いいえ | |
| ⑫ 生活リズム 起床()時 昼寝()時 お風呂()時 就寝()時 | | | |
| ⑬ 育児は楽しいですか | はい | どちらでもない | いいえ |
| ⑭ 心配や疲れはありますか | はい | | いいえ |
| ⑮ 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか | はい | | いいえ |
| ⑯ お子様のことや食事のことなど気になっていることがあれば
以下の空欄にお書きください | | | |

4 歳健診

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

ご住所：

お電話番号：

ご記入ください

- | | | | | |
|---|------------------------------------|----|---------|-----|
| ① | 片足で跳ぶことができますか | はい | いいえ | |
| ② | ボタンも含めて自分で服を着られますか | はい | いいえ | |
| ③ | 自分で歯を磨けますか | はい | いいえ | |
| ④ | 色の名前を4つ以上言えますか | はい | いいえ | |
| ⑤ | 自分や他人の性別が言えますか | はい | いいえ | |
| ⑥ | 物語で、次に何が起こると思うかを伝えられる | はい | いいえ | |
| ⑦ | 物語の内容を思い出して話せますか | はい | いいえ | |
| ⑧ | 自分の名字と名前が言えますか | はい | いいえ | |
| ⑨ | 他人にも理解できるようにお話ができますか | はい | いいえ | |
| ⑩ | 他の子どもと協力できますか | はい | いいえ | |
| ⑪ | 友達とけんかしても仲直りできますか | はい | いいえ | |
| ⑫ | 生活リズム 起床()時 お風呂()時 夕食()時 就寝()時 | | | |
| ⑬ | 育児は楽しいですか | はい | どちらでもない | いいえ |
| ⑭ | 心配や疲れはありますか | はい | いいえ | |
| ⑮ | 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか | はい | いいえ | |
| ⑯ | お子様のことなどで気になっていることがあれば | | | |
- 以下の空欄にお書きください

5 歳健診

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

ご住所：

お電話番号：

ご記入ください

- | | | | |
|---|----|---------|-----|
| ① 片足立ちができますか | はい | いいえ | |
| ② スキップができますか | はい | いいえ | |
| ③ 少しの手助けで服の着脱ができますか | はい | いいえ | |
| ④ 紐を結ぶことができますか | はい | いいえ | |
| ⑤ いくつかの文字や数字がかけますか | はい | いいえ | |
| ⑥ 簡単な指示に従えますか | はい | いいえ | |
| ⑦ 10まで数えられますか | はい | いいえ | |
| ⑧ 言葉は明瞭に発音できますか | はい | いいえ | |
| ⑨ 「今」「後」「これ」「あれ」などの時制や代名詞の意味を理解できますか | はい | いいえ | |
| ⑩ 人の話を聞き、注意をはらうことができますか | はい | いいえ | |
| ⑪ 簡単なルールは理解し、従うことができますか | はい | いいえ | |
| ⑫ 生活リズム 起床()時 お風呂()時 夕食()時 就寝()時 | | | |
| ⑬ 育児は楽しいですか | はい | どちらでもない | いいえ |
| ⑭ 心配や疲れはありますか | はい | いいえ | |
| ⑮ 育児を手伝ってくれる人や相談相手はいますか | はい | いいえ | |
| ⑯ お子様のことなどで気になっていることがあれば
以下の空欄にお書きください | | | |