

(改正後全文)

児母発第29号
平成10年4月8日

[改正経過]

第1次改正	平成27年9月11日	雇児母発0911第1号
第2次改正	令和元年5月9日	子母発0509第3号
第3次改正	令和元年12月25日	子母発1225第1号
第4次改正	令和5年3月22日	子母発0322第1号
第5次改正	令和5年12月28日	こ成母第381号
第6次改正	令和6年12月2日	こ成母第716号
第7次改正	令和7年9月1日	こ成母第1628号

都道府県
各 政令市 母子保健主管部（局）長 殿
特別区

厚生省児童家庭局母子保健課長

乳幼児に対する健康診査について

標記については、平成10年4月8日児発第285号厚生省児童家庭局長通知「乳幼児に対する健康診査の実施について」により実施要綱が示されたところであるが、その実施に必要な健康診査受診票等について、下記のとおり定めたので、管内市町村及び関係団体等に対する周知を徹底し、本通知の内容を参考にし、本事業の適性かつ円滑な実施を期するよう御配意願いたい。

おって、平成9年4月1日児母第1号本職通知「妊産婦及び乳幼児に対する健康診査並びに妊産婦及び新生児に対する訪問指導について」は廃止する。

記

- 1 乳児一般健康診査受診票（医療機関委託健康診査）については、別添1のとおり
- 2 乳児精密健康診査受診票（医療機関委託健康診査）については、別添2のとおり
- 3 乳児精密健康診査受診申請書については、別添3のとおり
- 4 乳児一般健康診査等受診票交付台帳については、別添4のとおり
- 5 1歳6か月児・3歳児健康診査票については、別添5のとおり
- 6 3歳児健康診査のお知らせとお願いについては、別添6のとおり
- 7 1歳6か月児・3歳児健康診査精密健康診査（判定相談）受診票については、別添7のとおり

(別添1)

乳児一般健康診査受診票(医療機関委託健康診査)

No.(発行番号)

乳児氏名		令和 年 月 日生	保護者氏名	
居住地				
上記乳児の一般健康診査を依頼します。 令和 年 月 日 市町村長 (特別区長) (印) 委託医療機関の長 殿				
健康診査の 所見又は 今後必要な 処置	1 異常なし 2 要精密検査 3 要治療(病名)) 令和 年 月 日 担当医師氏名(自署もしくは記名押印)			
----- 切り取り線 -----				(契印)
No.(発行番号)				
乳児一般健康診査費請求書 金 円 上記のとおり(乳児氏名)についての健康診査に要した費用を請求します。 令和 年 月 日 委託医療機関の住所・名称・氏名(自署もしくは記名押印) 市町村長 殿 (特別区長)				

- (注) 1 乳児一般健康診査を受けるときは、この票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
2 この票で乳児一般健康診査を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。
3 この票は本人以外は使用できません。

(別添2)

乳児精密健康診査受診票(医療機関委託健康診査)

No.(発行番号)

乳児氏名	令和 年 月 日生	医療保険各法による 記号及び番号	
居住地		保険負担割合	1. 割 2. その他
上記乳児の精密健康診査を依頼します。 令和 年 月 日 市町村長 (特別区長) (印) 委託医療機関の長 殿			
所見又は 必要な 処置	1 異常なし 2 要再検査 3 要治療(病名) 令和 年 月 日 担当医師氏名(自署もしくは記名押印)		

----- 切り取り線 -----

契
印

No.(発行番号)

乳児精密健康診査費請求書		
令和 年 月 日		
市町村長 (特別区長) 委託医療機関の住所・名称・氏名(自署もしくは記名押印)		
(乳児氏名)についての精密健康診査に要した費用を下記のとおり請求します。		
金 円		
区 分	検 査 料	備 考
請 求		
※審査決定		
検査内容	1 X線(心臓、四肢、脊柱、呼吸器) 2 心電図検査 3 血液検査 4 聴力検査 5 眼底検査 6 その他()	

(注) 1 乳児精密健康診査を受けるときは、この票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。

- 2 この票で乳児精密健康診査を受けるときは、無料で受診できます。
(医療保険の適用者はこの票と一緒に保険証を提出してください。)
- 3 この票は本人以外は使用できません。
- 4 ※の欄は記入しないでください。

(別添3)

乳児精密健康診査受診申請書

乳児氏名		令和	年	月	日生
居住地					
申請理由					
<p>上記により、乳児精密健康診査の受診の申請をします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>市町村長 殿 (特別区長)</p> <p>申請者氏名(自署もしくは記名押印)</p>					

(別添4)

乳児一般健康診査受診票交付台帳

交付番号	交付年月日	乳児氏名	居住地	事後指導の状況	備考

乳児
1歳6か月児 精密健康診査受診票交付台帳
3歳児

交付番号	申請年月日	交付年月日	乳児氏名	保護者氏名	居住地	事後指導の状況	備考

(別添5)

基本情報票

整理番号:

フリガナ こどもの氏名	生年月日 令和 年 月 日	性別	出生順 第()子	出生時体重	g
フリガナ 父の氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	年齢 歳	職業 無・有()	栄養方法	1. 母乳 2. 人工乳 3. 混合
フリガナ 母の氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	年齢 歳	職業 無・有()	先天性代謝異常等検査	異常 無・有()
住所				新生児聴覚検査	
電話番号				(1) 初回検査	受けた(正常・要再検)・受けていない →再検結果(正常・要精密検査)
妊娠及び分娩歴				(2) 精密検査	受けた(正常・異常)・受けていない
(1) 妊娠中の特記事項	無・有(妊娠高血圧症候群・尿(蛋白・糖)・高血圧/浮腫・貧血・糖尿病・切迫流産・切迫早産・多胎妊娠・その他)			予防接種	
(2) 分娩時の特記事項	無・有(帝王切開術・骨盤位・その他)			(1) B型肝炎	(1・2・追加)
(3) 在胎週数	週 () か月)			(2) ロタウイルス	1価(1・2)もしくは5価(1・2・3)
(4) 出生時の特記事項	無・有(仮死・その他())			(3) 小児用肺炎球菌	(1・2・3・追加)
(5) 新生児期の特記事項	黄疸治療(無・有())			(4) DPT-IPV-Hib(5種混合)	第1期初回(1・2・3)・第1期追加
(6) 産褥期の母体の特記事項	無・有()			インフルエンザ菌b型(Hib)	(1・2・3・追加)
(7) 妊娠中の喫煙	・母親 無・有() 本/日)			DPT-IPV(4種混合)	第1期初回(1・2・3)・第1期追加
(8) 妊娠中の飲酒	・父親 無・有() 本/日)			(5) BCG	
	・同居の家族 無・有() 本/日)			(6) 麻しん・風しん	(1・2)
	・母親 無・有(1.ほとんど毎日 2.週1回以上 3.その他())			(7) 水痘	(1・2)
				(8) 日本脳炎	第1期初回(1・2)・第1期追加
				発達	
				1 笑う	か月
				2 追視	か月
				3 定頸	か月
				4 人の声のする方に向く	か月
				5 おもちゃをつかむ	か月
				6 お座り	か月
				7 発語	か月
				8 ひとり歩き	か月
				9 二語文	歳 か月

か月児健康診査票(参考として3~4か月児健康診査票を掲げる)

受診日 令和 年 月 日

身体測定(生後()日)			
身長	体重	頭囲	カウプ指数
cm	g	cm	

既往症 無・有()

診 察 所 見	1 身体的発育異常		9 斜頸	
	2 精神発達障害	ア 笑わない イ 喃語が出ない ウ 視線が合わない	10 循環器系疾患	ア 心雑音 イ その他
	3 けいれん		11 呼吸器系疾患	
	4 運動発達異常	ア 定頸未完了 イ 物をつかまない	12 消化器系疾患	ア 腹部膨満・腹部腫瘤 イ そけいヘルニア ウ 臍ヘルニア エ 便秘 オ その他
	5 神経系・感覚器系の異常	ア 追視しない イ 斜視 ウ 聴覚異常 エ 筋緊張異常 オ その他	13 泌尿器系疾患	ア 停留精巣 イ 外性器異常 ウ その他
	6 血液疾患	ア 貧血 イ その他	14 先天性代謝異常	
	7 皮膚疾患	ア 湿疹 イ その他	15 先天性形態異常(頭・顔面・四肢・体幹等)	
	8 股関節	ア 開排制限 イ M字型開脚ではない	16 その他の異常	
	判定 1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密・要治療)			
	紹介先			
診査医名				

育児環境等 ア 生活リズム
イ 母の心身状態
ウ その他

心配事 無・有()

栄養 良・要指導

子育て支援の必要性の判定
1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要
3 その他の支援が必要()

判定者

記事(精密健診の結果等)

か月児健康診査問診票(参考として3~4か月児健康診査問診票を掲げる)

○: 成育医療等基本方針に基づく評価指標等に係る問診項目(毎年の母子保健課調査にて国に報告)

※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。

既往歴等	1	生まれつきの病気はありますか。	(いいえ・はい)
	2	お乳の飲みが少ないと心配したことがありますか。	(いいえ・はい)
	3	お乳をしばしば大量に吐くことがありますか。	(いいえ・はい)
	4	お腹が異常に大きいと感じたことがありますか。	(いいえ・はい)
	5	お風呂に入れたとき、お乳を飲むとき、泣いたときに、くちびるが紫色になることがありますか。	(いいえ・はい)
	6	けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	(いいえ・はい)
	7	風邪にかかったら、すぐゼコゼコいいますか。	(いいえ・はい)
	8	食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。	(いいえ・はい)
運動発達	9	腹ばいさせると、腕でからだを支え頭を持ち上げますか。	(はい・いいえ)
	10	あお向きから横向きに半分寝返りますか。	(はい・いいえ)
	11	両手を合わせて遊びますか。	(はい・いいえ)
	12	ガラガラなど、おもちゃを握りますか。	(はい・いいえ)
	13	お子さんを抱きにくいと感じたことはありますか。	(いいえ・はい)
神経発達	14	例えば、からだが柔らかく、しっかりしないとか、手足が突っ張って硬いと感じたことがありますか。	(いいえ・はい)
	15	視線が合いますか。	(はい・いいえ)
	16	動くものを目で追いますか。	(はい・いいえ)
	17	ガラガラを振ったり、ながめたりして遊びますか。	(はい・いいえ)
習生活	18	「アーアー」「ウーウー」など言いますか。	(はい・いいえ)
	19	散歩をよくしていますか。	(はい・いいえ)
	20	生後1か月時の栄養法はどうですか。	(母乳・人工乳・混合)
	21	便は毎日出ていますか。	(はい・いいえ)
親(主な養育者)や子育ての状況	○ 22	妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。	(なし・あり(1日__本))
	○ 23	妊娠中、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていましたか。	(なし・あり(1日__本))
	○ 24	妊娠中、お子さんのお母さんは飲酒をしていましたか。	(なし・あり)
	○ 25	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	(なし・あり(1日__本))
	○ 26	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。	(なし・あり(1日__本))
	27	生後半年から1歳頃までの多くのこどもは、「親の後追いをすることを知っていますか。	(はい・いいえ)
	28	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。	(良好・やや良好・どちらともいえない・ややよくない・よくない)
	○ 29	あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。	(はい・いいえ・何ともいえない)
	○ 30	お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。	(そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)
	○ 31	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。	(感じない・時々感じる・いつも感じる)
	○ 32	(前の設問で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して、)育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	(はい・いいえ)
	33	地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。	(はい・いいえ)
	○ 34	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	(そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)
	35	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。	(大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい)
	○ 36	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○を付けて下さい。	(しつけのし過ぎがあった・感情的に叩いた・乳幼児だけを家に残して外出した・長時間食事を与えなかった・感情的な言葉で怒鳴った・こどもの口をふさいだ・こどもを激しく揺さぶった・いずれも該当しない)
	37	赤ちゃんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きること(乳幼児揺さぶられ症候群)を知っていますか。	(はい・いいえ)
	○ 38	お子さんのかかりつけの医師はいますか。	(はい・いいえ・何ともいえない)
	39	こども医療電話相談(＃8000)を知っていますか。	(はい・いいえ)
	40	お子さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか。	(働いていたことがある・働いていない)
	41	(前の設問で「働いていたことがある」と回答した人に対して)妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮をされたと思いませんか。	(はい・いいえ)
	42	妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。	(知っていた・知らなかった)
43	(前の設問で「知っていた」と回答した人に対して)マタニティマークを身に付けたりするなどして利用したことがありますか。	(利用したことがある・利用したことはない)	
○ 44	産後、退院してから1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか。	(はい・いいえ・どちらとも言えない)	
45	育児は楽しいですか。	(はい・どちらともいえない・いいえ)	
46	育児は疲れますか。	(疲れない・どちらともいえない・疲れる)	
47	現在何か心配なことはありますか。いくつでも○を付けて下さい。	(こどものこと・配偶者やパートナーとの関係・父母や義父母との関係・育児仲間のこと・その他())	
健康相談の内容			
指導内容			
特記事項			

1歳6か月児健康診査票

受診日 令和 年 月 日

身体測定				診察日 令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																	
身長	体重	頭囲																																																																																																																																																																																																																																																																																			
cm	kg	cm																																																																																																																																																																																																																																																																																			
既往症	無・有()																																																																																																																																																																																																																																																																																				
診察所見	1 身体的発育異常				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="11" style="text-align: center;">歯科所見</th> </tr> <tr> <th colspan="11" style="text-align: center;">むし歯</th> </tr> <tr> <th>E</th><th>D</th><th>C</th><th>B</th><th>A</th><th>A</th><th>B</th><th>C</th><th>D</th><th>E</th> </tr> <tr> <th>E</th><th>D</th><th>C</th><th>B</th><th>A</th><th>A</th><th>B</th><th>C</th><th>D</th><th>E</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">罹患型</td> <td colspan="9">O1・O2・A・B・C</td> </tr> <tr> <td colspan="2">生歯</td> <td colspan="3">本(未処置歯</td> <td colspan="3">本、処置歯</td> <td colspan="3">本)</td> </tr> <tr> <td colspan="11">その他()</td> </tr> <tr> <td colspan="5">軟組織異常</td> <td colspan="6">無・有</td> </tr> <tr> <td colspan="5">咬合異常</td> <td colspan="6">無・有</td> </tr> <tr> <td colspan="5">清掃不良</td> <td colspan="6">無・有</td> </tr> <tr> <td colspan="5">その他口腔所見の異常</td> <td colspan="6">無・有</td> </tr> <tr> <td colspan="11">生活習慣等</td> </tr> <tr> <td colspan="5">・間食の時間</td> <td colspan="6">決めている・決めていない</td> </tr> <tr> <td colspan="5">・母乳</td> <td colspan="6">飲んでいない・飲んでいる</td> </tr> <tr> <td colspan="11">判定</td> </tr> <tr> <td colspan="11">1 問題なし 2 要指導 3 要経過観察 4 要治療</td> </tr> <tr> <td colspan="11">診査歯科医名</td> </tr> <tr> <td colspan="5">育児環境等</td> <td colspan="6">ア 生活リズム イ 母の心身状態 ウ その他</td> </tr> <tr> <td colspan="5">心配事</td> <td colspan="6">無・有()</td> </tr> <tr> <td colspan="5">栄養</td> <td colspan="6">良・要指導</td> </tr> <tr> <td colspan="11">子育て支援の必要性の判定</td> </tr> <tr> <td colspan="11">1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要</td> </tr> <tr> <td colspan="11">3 その他の支援が必要()</td> </tr> <tr> <td colspan="11">判定者</td> </tr> </tbody> </table>											歯科所見											むし歯											E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	罹患型		O1・O2・A・B・C									生歯		本(未処置歯			本、処置歯			本)			その他()											軟組織異常					無・有						咬合異常					無・有						清掃不良					無・有						その他口腔所見の異常					無・有						生活習慣等											・間食の時間					決めている・決めていない						・母乳					飲んでいない・飲んでいる						判定											1 問題なし 2 要指導 3 要経過観察 4 要治療											診査歯科医名											育児環境等					ア 生活リズム イ 母の心身状態 ウ その他						心配事					無・有()						栄養					良・要指導						子育て支援の必要性の判定											1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要											3 その他の支援が必要()											判定者										
	歯科所見																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	むし歯																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	E	D	C	B												A	A	B	C	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																
	E	D	C	B												A	A	B	C	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																
	罹患型		O1・O2・A・B・C																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	生歯		本(未処置歯													本、処置歯			本)																																																																																																																																																																																																																																																																		
	その他()																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	軟組織異常															無・有																																																																																																																																																																																																																																																																					
	咬合異常															無・有																																																																																																																																																																																																																																																																					
	清掃不良															無・有																																																																																																																																																																																																																																																																					
	その他口腔所見の異常															無・有																																																																																																																																																																																																																																																																					
	生活習慣等																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	・間食の時間															決めている・決めていない																																																																																																																																																																																																																																																																					
	・母乳															飲んでいない・飲んでいる																																																																																																																																																																																																																																																																					
判定																																																																																																																																																																																																																																																																																					
1 問題なし 2 要指導 3 要経過観察 4 要治療																																																																																																																																																																																																																																																																																					
診査歯科医名																																																																																																																																																																																																																																																																																					
育児環境等					ア 生活リズム イ 母の心身状態 ウ その他																																																																																																																																																																																																																																																																																
心配事					無・有()																																																																																																																																																																																																																																																																																
栄養					良・要指導																																																																																																																																																																																																																																																																																
子育て支援の必要性の判定																																																																																																																																																																																																																																																																																					
1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要																																																																																																																																																																																																																																																																																					
3 その他の支援が必要()																																																																																																																																																																																																																																																																																					
判定者																																																																																																																																																																																																																																																																																					
2 精神発達障害	ア 精神発達遅滞 イ 言語発達遅滞																																																																																																																																																																																																																																																																																				
3 熱性けいれん																																																																																																																																																																																																																																																																																					
4 運動機能異常																																																																																																																																																																																																																																																																																					
5 神経系・感覚器系の異常	ア 視覚 イ 聴覚 ウ てんかん性疾患 エ その他																																																																																																																																																																																																																																																																																				
6 血液疾患	ア 貧血 イ その他																																																																																																																																																																																																																																																																																				
7 皮膚疾患	ア アトピー性皮膚炎 イ その他																																																																																																																																																																																																																																																																																				
8 循環器系疾患	ア 心雑音 イ その他																																																																																																																																																																																																																																																																																				
9 呼吸器系疾患	ア ぜんそく性疾患 イ その他																																																																																																																																																																																																																																																																																				
10 消化器系疾患	ア 腹部膨満・腹部腫瘍 イ そけいヘルニア ウ 臍ヘルニア エ 便秘 オ その他																																																																																																																																																																																																																																																																																				
11 泌尿生殖器系疾患	ア 停留精巣 イ 外生殖器異常 ウ その他																																																																																																																																																																																																																																																																																				
12 先天異常																																																																																																																																																																																																																																																																																					
13 生活習慣上の問題	ア 小食 イ 偏食 ウ その他																																																																																																																																																																																																																																																																																				
14 情緒行動上の問題	ア 指しゃぶり イ 多動 ウ 不安・恐れ エ その他																																																																																																																																																																																																																																																																																				
15 その他の異常																																																																																																																																																																																																																																																																																					
判定				1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密・要治療)																																																																																																																																																																																																																																																																																	
紹介先																																																																																																																																																																																																																																																																																					
診査医名																																																																																																																																																																																																																																																																																					
記事(精密健診の結果等)																																																																																																																																																																																																																																																																																					

1歳6か月児健康診査問診票

○：成育医療等基本方針に基づく評価指標等に係る問診項目（毎年の母子保健課調査にて国に報告）

※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。

既往歴等	1	生まれつきの病気はありますか。	(いいえ・はい)
	2	かんしゃくをよく起こしますか。	(いいえ・はい)
	3	泣いたり、動いたりせず大人しすぎたことがありますか。	(いいえ・はい)
	4	けいれんを起こしたことはありますか。	(いいえ・はい)
	5	食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。	(いいえ・はい)
	6	これまで事故で病院にかかったことがありますか。	(いいえ・はい)
運動発達	7	手をひかれて階段を上ることができますか。	(はい・いいえ)
	8	手足の動きがぎこちなく突っ張った感じがありますか。	(いいえ・はい)
	9	鉛筆を持ってなぐり書きをしますか。	(はい・いいえ)
	10	スプーンを使って食事ができますか。	(はい・いいえ)
神経発達	11	片目ずつ手で隠しても、嫌がらずにみえていますか。	(はい・いいえ)
	12	絵本を見て知っているものをさしますか。	(はい・いいえ)
	13	周りの人の身振りや手振りをまねしますか。	(はい・いいえ)
	14	何かに興味を持った時に、指さして伝えようとしますか。	(はい・いいえ)
	15	部屋の離れたところにあるおもちゃを指すと、その方向をみますか。	(はい・いいえ)
	16	周囲の人や他の子どもたちに関心を示しますか。	(はい・いいえ)
	17	自分の好きなおもちゃで遊びますか。	(はい・いいえ)
	18	相手になると喜びますか。	(はい・いいえ)
	19	大人の言う簡単な言葉が分かりますか。(おいで・ねんね・ちょうだいなど)	(はい・いいえ)
生活習慣	20	偏食や小食など食事について心配なことがありますか。	(いいえ・はい)
	21	甘い飲み物(ジュースなど)をよく飲みますか。	(いいえ・はい)
	22	便は毎日出ていますか。	(はい・いいえ)
	○ 23	保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。	(仕上げ磨きをしている(子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている)・子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている・子どもだけで磨いている・子どもも保護者も磨いていない)
	24	朝起きる時間と、夜寝る時間を書いてください。	朝()時頃起床 夜()時頃就寝
25	上着を脱ごうとすることがあります。	(はい・いいえ)	
予防接種	26	5種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)の予防接種(第1期初回3回)を済ませましたか。	(はい・いいえ)
	27	麻しん・風しんの予防接種を済ませましたか。	(はい・いいえ)
親(主な養育者)や子育ての状況	○ 28	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	(なし・あり(1日__本))
	○ 29	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。	(なし・あり(1日__本))
	30	1歳半から2歳頃までの多くの子どもは、「何かに興味を持った時に、指さして伝えようとする」ことを知っていますか。	(はい・いいえ)
	31	浴室のドアには、子どもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか。	(はい・いいえ・該当しない)
	32	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。	(良好・やや良好・どちらともいえない・ややよくない・よくない)
	○ 33	あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。	(はい・いいえ・何ともいえない)
	○ 34	お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。	(そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)
	○ 35	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。	(感じない・時々感じる・いつも感じる)
	○ 36	(前の設問で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して、)育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	(はい・いいえ)
	37	地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。	(はい・いいえ)
	○ 38	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	(そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)
	39	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。	(大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい)
	○ 40	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○を付けて下さい。	(しつけのし過ぎがあった・感情的に叩いた・乳幼児だけを家に残して外出した・長時間食事を与えなかった・感情的な言葉で怒鳴った・子どもの口をふさいだ・子どもを激しく揺さぶった・いずれも該当しない)
41	育児は楽しいですか。	(はい・どちらともいえない・いいえ)	
42	育児は疲れますか。	(疲れにくい・どちらともいえない・疲れる)	
43	現在何か心配なことはありますか。いくつでも○を付けて下さい。	(子どものこと・配偶者やパートナーとの関係・父母や義父母との関係・育児仲間のこと・その他())	
健康相談の内容			
指導内容			
特記事項			

3歳児健康診査票

受診日 令和 年 月 日

身体測定		検尿			眼科所見		診察日 令和 年 月 日									
身長	体重	蛋白	糖	潜血	視力		両眼:		右眼:		左眼:					
cm	kg	(-・±・+)	(-・±・+)	(-・±・+)	屈折: 検査未・検査済(実施(異常なし 異常あり 判定不可) 実施不可)											
既往症	無・有()				眼底:											
診 察 所 見	1 身体的発育異常				眼位異常		無・有・疑()									
	2 精神発達障害				眼球運動異常		無・有・疑()									
	3 熱性けいれん				その他の所見											
	4 運動機能異常				判定		1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察() 4 要精密検査									
	5 神経系・感覚器系の異常	ア 視覚 イ 聴覚 ウ てんかん性疾患 エ その他			診査医名											
	6 血液疾患	ア 貧血 イ その他			耳鼻咽喉科所見		診察日 令和 年 月 日									
	7 皮膚疾患	ア アトピー性皮膚炎 イ その他			聴力		右(正常・難聴 db)		左(正常・難聴 db)							
	8 循環器系疾患	ア 心雑音 イ その他			ティンパノメトリー		右 A B C型		左 A B C型							
	9 呼吸器系疾患	ア ぜんそく性疾患 イ その他			言語発達の遅れ		無・有									
	10 消化器系疾患	ア 腹部膨満・腹部腫瘤 イ そけいヘルニア ウ 臍ヘルニア エ 便秘 オ その他			構音障害		無・有									
	11 泌尿生殖器系疾患	ア 停留精巣 イ 外性器異常 ウ その他			その他の所見											
	12 先天異常				判定		1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察() 4 要精密検査									
	13 生活習慣上の問題	ア 小食 イ 偏食 ウ その他			診査医名											
	14 情緒行動上の問題	ア 指しゃぶり イ 吃音 ウ 多動 エ 不安・恐れ オ その他			歯科所見		診察日 令和 年 月 日									
	15 その他の異常				歯		むし歯									
判定	1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密・要治療)			歯		E D C B A A B C D E E D C B A A B C D E										
紹介先				罹患型		O・A・B・C1・C2										
診査医名				生歯		本(未処置歯) 本、処置歯 本)										
記事(精密健診の結果等)				その他		()										
				軟組織異常		無・有(小帯・菌肉・その他)										
				咬合異常		無・有(反対咬合・開咬(指しゃぶり 無・有)・その他)										
			清掃不良		無・有											
			その他口腔所見の異常		無・有											
			生活習慣等													
			・間食の時間		決めている・決めていない											
			判定		1 問題なし 2 要指導 3 要経過観察 4 要治療											
			診査歯科医名													
			育児環境等		ア 生活リズム イ 母の心身状態 ウ その他											
			心配事		無・有()											
			栄養		良・要指導											
			子育て支援の必要性の判定		1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要 3 その他の支援が必要()											
			判定者													

3歳児健康診査問診票

○：成育医療等基本方針に基づく評価指標等に係る問診項目（毎年の母子保健課調査にて国に報告）

※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。

既往歴等	1	生まれつきの病気はありますか。	(いいえ・はい)		
	2	けいれんを起こしたことがありますか。	(いいえ・はい)		
	3	ぜんそくやアトピー性皮膚炎と言われたことはありますか。	(いいえ・はい)		
	4	食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。	(いいえ・はい)		
	5	これまで事故で病院にかかったことがありますか。	(いいえ・はい)		
発達	6	ほぼこぼさないで一人で食べますか。	(はい・いいえ)		
神経発達・精神	7	同年齢の子どもと会話ができますか。	(はい・いいえ)		
	8	言葉が遅れているという心配はありますか。	(いいえ・はい)		
	9	何でも自分でしがりますか。	(はい・いいえ)		
	10	ひどく不安を示したり、恐れることはありますか。	(いいえ・はい)		
	11	ひどく乱暴で困ることはありますか。	(いいえ・はい)		
	12	ひどく落ち着かず注意が集中できなくて困ることがありますか。	(いいえ・はい)		
	13	指しゃぶり、爪かみ、ひどい人見知りをするなど困っていることがありますか。	(いいえ・はい)		
習慣生活	14	よく噛んで食べる習慣はありますか。	(はい・いいえ)		
	15	偏食や小食など食事について心配なことがありますか。	(いいえ・はい)		
	16	甘い飲み物(ジュースなど)をよく飲みますか。	(いいえ・はい)		
	17	昼間のおしっこを前もって知らせますか。	(はい・いいえ)		
	18	便は毎日出ていますか。	(はい・いいえ)		
	○	19	保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。	(仕上げ磨きをしている(子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている)・子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている・子どもだけで磨いている・子どもも保護者も磨いていない)	
		20	朝起きる時間と、夜寝る時間を書いてください。	朝()時頃起床 夜()時頃就寝	
		21	お子さんはテレビや動画、タブレット、スマートフォン等を1日2時間以上みていますか。	(いいえ・はい)	
	親(主な養育者)や子育ての状況	○	22	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	(なし・あり(1日__本))
		○	23	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。	(なし・あり(1日__本))
		24	3歳から4歳頃までの多くの子どもは、「他の子どもから誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか。	(はい・いいえ)	
		25	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。	(良好・やや良好・どちらともいえない・ややよくない・よくない)	
○		26	あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。	(はい・いいえ・何ともいえない)	
		27	お子さんのお母さんはお子さんとよく遊んでいますか。	(はい・いいえ)	
		28	お子さんのお父さん(パートナー)はお子さんとよく遊んでいますか。	(はい・いいえ)	
○		29	お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。	(そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)	
○		30	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。	(感じない・時々感じる・いつも感じる)	
○		31	(前の設問で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して、)育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	(はい・いいえ)	
		32	地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。	(はい・いいえ)	
○		33	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	(そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)	
		34	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。	(大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい)	
○		35	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○を付けて下さい。	(しつけのし過ぎがあった・感情的に叩いた・乳幼児だけを家に残して外出した・長時間食事を与えなかった・感情的な言葉で怒鳴った・いずれも該当しない)	
○	36	お子さんのかかりつけの医師はいますか。	(はい・いいえ・何ともいえない)		
○	37	お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。	(はい・いいえ・何ともいえない)		
	38	育児は楽しいですか。	(はい・どちらともいえない・いいえ)		
	39	育児は疲れますか。	(疲れない・どちらともいえない・いいえ・疲れる)		
	40	現在何か心配なことはありますか。いくつでも○を付けて下さい。	(子どものこと・配偶者やパートナーとの関係・父母や義父母との関係・育児仲間のこと・その他())		
健康相談の内容					
指導内容					
特記事項					

(別添 6)

3 歳児健康診査のお知らせとお願い

お子さんの健康状態を確かめ、
目や耳のことで気になることがあったら早めに相談しましょう

市町村では、別紙によりお知らせしましたように、お子さんの3歳児健康診査を行います。つきましては、お子さんの健康状態や見え方、聞こえ方を知るために、アンケートにご記入いただくとともに、ご家庭で見え方や聞こえ方の確認をしていただくようお願いいたします。

子どもの目の機能は生まれてから発達を続け、6歳にほぼ完成します。ところが強い屈折異常（遠視、近視、乱視）や斜視があると目の機能の発達が遅れ、十分な視力が得られないことがあります。こうした目の状態（弱視等）は早く見つけ、小さいうちから正しい治療や指導を受ける必要があります。このような目の状態を見つけるために視力検査は大切な検査です。3歳になると、練習をすれば、視力検査ができるようになります。そこで、ご家庭で視力検査を行い、その結果を3歳児健康診査の時にお知らせください。

また、耳はお子さんのことばや知能の発達にとってとても大切なはたらきをしています。生まれつき聞こえにくかったり、耳の病気で難聴になったりすると、たとえその程度は軽くても、お子さんにとっては後々大きな影響を与えることにもなりかねません。この年齢でかかりやすい滲出性中耳炎は痛みの訴えがないので保護者が気付きにくく、聞こえにくい状態が長期間続いてしまうと言葉の発達に影響が出てくる場合があります。3歳児健康診査はお子さんの耳の聞こえを確認するちょうどよい機会ですから、ぜひ耳の検査を受けてください。

アンケートは2種類あります。目の状態を確認するためのページ、それに耳の状態を確認するためのページであり、ごめんどうですが、その答えを全部書き込んだ上で3歳児健康診査の会場へお持ちくださるようお願いいたします。

問合先

〇〇〇市町村（特別区）△△課
電話番号

視力検査の方法

用意するもの

- 1 視標：次のページの輪をそれぞれ切り取り、20 cm 四方くらいの白い紙にはります。（図 1 を参考にしてください。）
- 2 眼帯：ガーゼまたはティッシュペーパーを 5 cm 位の大きさに折って、バンソウコウかセロテープで、のぞかれないようにしっかりとはってください。
- 3 距離を測るためのものさし、またはメジャー。

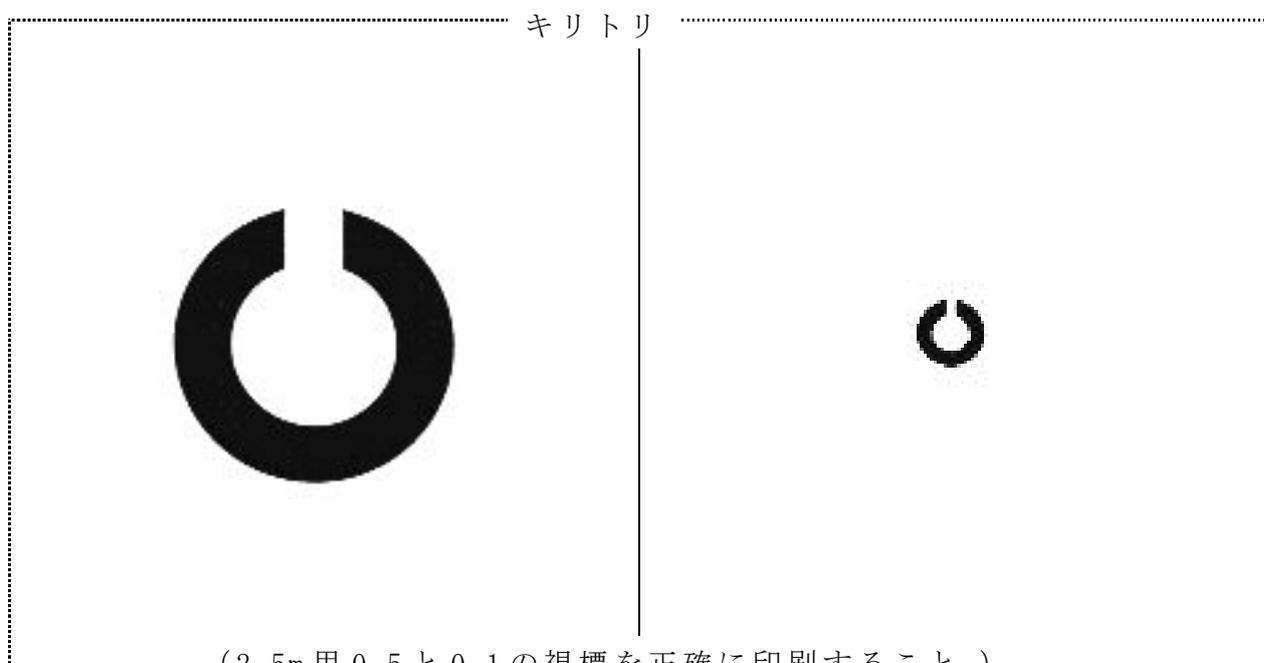
検査の方法

- 1 楽に本が読める程度の明るい部屋で行います。
- 2 視力検査の練習をします。
 - (1) まず 1 m で、大きい輪を見せます。両目を開けてします。
 - (2) 切れ目の方向を指か手で示して答えさせます。または図 2 のような輪を厚紙で作ってお子さんに持たせ、輪の切れ目の向きを合わせる方法でも良いでしょう。
 - (3) 切れ目の方向は右、左、上、下の 4 方向とします。視標の向きを変える時は、必ず一度視標を隠してから変えてください。
 - (4) 1 m くらいでできたら、2.5 m（できるだけ正確に測ってください。）離れて行って下さい。
 - (5) 両目を開けて、切れ目の方向を正しく答えられますか。
 - (6) 片目をかくす練習です。右目、左目をそれぞれ隠して答えさせてください。
- 3 検査をします。
 - (1) 小さい視標を使い、2.5 mでします。
 - (2) 両目で検査をします。上下左右の 4 方向見せて、3 方向以上正解したら見えたとします。
 - (3) 左目を隠して右目の検査をしてください。見えにくそうだったりいやがったりする時には、左目から検査してください。両目の時と同じように判定します。
 - (4) 続いて隠す目を変え、左（または右）の目の検査をします。
- 4 両目、右目、左目それぞれの検査結果をアンケート用紙に記入して、健診の時にご持参ください。

図1 視標の見せかた

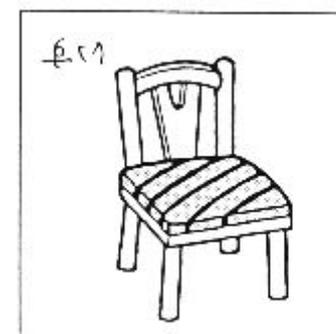
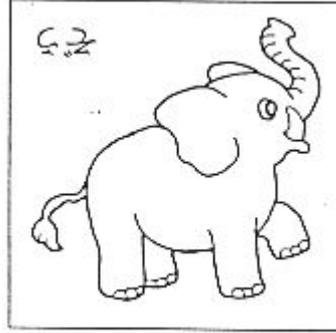
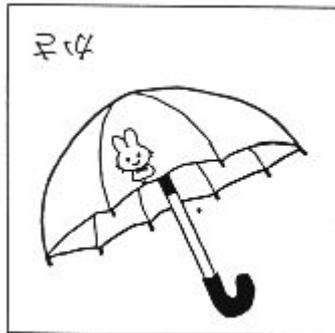
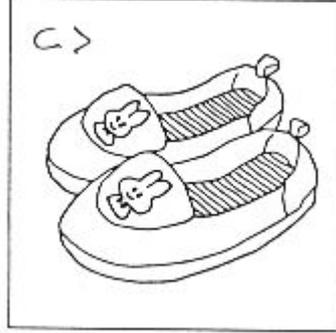


図2 切れ目の答えかた



(2.5m用0.5と0.1の視標を正確に印刷すること。)

絵 シ ー ト



(参考)

3 歳児健康診査における聴覚検査の留意事項

市町村においては、3歳児健康診査における聴覚検査においては、以下の事項に留意の上実施するものとする。なお、本留意事項については、厚生省心身障害研究「視聴覚障害児の発見・療育システムに関する研究」によるものである。

1 目的

聴覚検査では、高度、中等度の聴力障害の発見を主な目的とする。これによって発見される聴力障害は、先天性、後天性の感音障害及び伝音障害である。

2 実施

(1) 聴覚検査は、保護者に対する質問票及び問診を主体に行われるものである。

なお、参考として行う保護者による自己検査方法もあるが、この場合には、次の(3)を参照とされたい。また、本検査は、聴力障害の発見が目的であるので、ティンパノメトリーのみによって一次スクリーニングを行うことは目的に沿うものではないと考えられる。

(2) 質問票（アンケート）における留意事項は以下のとおりである。

ア 質問 1 から 3 までは参考項目で、4 から 7 が重要項目であり、重要項目は 1 項目でも異常であれば難聴が疑われる。

イ 項目の 1 は、重要項目に異常があった場合、難聴の疑いが一層高くなる。

また、項目 2、3 は、比較的難治の中耳炎になりやすい状況にあることを推測するのに参考となる。

(3) 聴覚自己検査の留意点は次のとおりである。

ア 本自己検査は、“ささやき声”による検査である。

イ 本自己検査は、中等度の難聴のなかでも 50 デシベル以上の比較的重い難聴の発見に参考となる。

ウ 保護者は、必ずしも、正しくささやき声を出すとは限らないので、必ず質問票と併用して判断する。

エ 6 つの絵のうち 2 つ以上×の場合は、難聴の疑いがあること。

なお、絵の内容を独自に作成する場合には、2 文字あるいは 3 文字に統一し、発音が異なったものにする。

(別添7)

No.(発行番号) 1歳6か月児 3歳児		健康診査 精密健康診査(判定相談)受診票	
児童氏名及び 生年月日		令和	年 月 日生
保護者氏名			
居住地			
有効期間	令和 年 月 日から 月 日まで		
健康診査 (判定) 依頼要旨	令和 年 月 日		
	委託医師 (児童相談所長)		殿
	市町村長 (特別区長)		印

検査(請求)内容	点数	所見又は今後の処置		
	点			
		区分	医療保険等負担分	請求金額(自己負担相当分)
		請求		
		(※審査決定)		
		令和 年 月 日		
		委託医師名(自署もしくは記名押印)		印
計		(判定員名)		

----- 切り取り線 -----

契
印

No.(発行番号) 1歳6か月児・3歳児精密健康診査費請求書

市町村長 殿
(特別区長)

金 円

上記のとおり(児童氏名)についての精密健康診査に要した費用を請求します。

委託医師 住所
氏名 (自署もしくは記名押印) 印

(注)

- 1 1歳6か月児精密健康診査及び3歳児精密健康診査を受けるときは、この票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
- 2 この票で1歳6か月児精密健康診査及び3歳児精密健康診査を受けるときは、無料で受診できます。(医療保険の適用者はこの票と一緒に保険証を提出してください。)
- 3 この票は本人以外には使用できません。
- 4 ※の欄は記入しないでください。