

検査の記録

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

※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、こども家庭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。

保護者の記録【9～10か月頃】（ 年 月 日記録）

乳
児

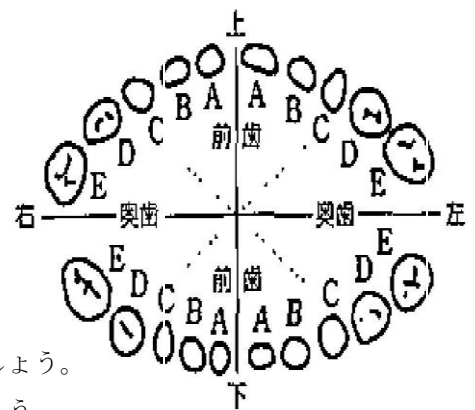
- はいはいをしたのはいつですか。 (月 日頃)
- つかまり立ちをしたのはいつですか。 (月 日頃)
- 指で、小さい物をつまみますか。 はい いいえ
(たばこや豆などの異物誤飲に注意しましょう。)
- 離乳は順調にすすんでいますか。 はい いいえ
(離乳食を1日3回食にし、9か月頃から歯ぐきでつぶせる固さにします。)
- そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか。 はい いいえ
- 後追いをしますか。 はい いいえ
- 歯の生え方、形、色、歯肉などについて、
気になることがありますか。 いいえ はい
- 自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 はい いいえ
- 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、離乳食の心配、感想などを自由に記入しましょう。■

歯の生えた月日を右の図に記入しましょう。

(生え始め： 月 日)

むし歯など歯の異常に気づいたら右の図に×印をつけておきましょう。

生えてきた歯を濡れたガーゼや歯ブラシを使って磨いてみましょう。



※このページは医療機関、こども家庭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。

予防接種の記録 (1)

Immunization Record

感染症から子ども（自分の子どもはもちろん、周りの子どもたちも）を守るために、
 予防接種は非常に効果の高い手段の一つです。子どもたちの健康を守るために
 予防接種の効果と副反応をよく理解し、子どもに予防接種を受けさせましょう。

ワクチンの種類 Vaccine	接種回数	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
小児肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1 回				
	2 回				
	3 回				
	追 加				
B型肝炎 Viral Hepatitis type B	1 回				
	2 回				
	3 回				
ロタウイルス Rotavirus ※5価経口弱毒生 ロタウイルス ワクチンのみ 3回目を接種	1 回				
	2 回				
	3 回				

予
防
接
種

乳
児

↑ヒブの欄が削除されています

予防接種の記録 (2)

Immunization Record

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・インフルエンザ菌 b 型(Hib) Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio・Haemophilus influenzae type b					
時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	1回				
	2回				
	3回				
第1期 追加					
第2期 ジフテリア・破傷風 Diphtheria・Tetanus					

B C G			
接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No.	接種者名 Physician	備考 Remarks

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
麻しん Measles ・ 風しん Rubella	第1期			
	第2期			
水痘 Varicella	1回			
	2回			