

3歳児健康診査票

☆太枠内をご記入ください。 ※健康診査票は、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。

ふりがな					
幼児氏名	男・女	第 子	生年月日	令和 年 月 日	満 才 カ月
住所					
保護者	父	氏名	職業	連絡先 携帯番号	
	母	氏名	職業	連絡先 携帯番号	
		※仕事復帰していますか？ はい・いいえ			
かかった病気や大きなケガ	1. なし 2. あり (いつ頃)				
治療中の病気	1. なし 2. あり (いつから)				
アレルギー体質	1. なし 2. あり 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 じん麻疹 その他 ()				

歯磨きについて	① 一日に何回歯を磨きますか 1.朝・昼・夜・寝る前 2.毎日でなく時々 3.磨いていない ② 仕上げ磨きをしていますか 1.毎日している 2.毎日でなく時々 3.していない ③ 歯の磨き方を教わった事がありますか 1.ある 2.ない ④ 食後に歯磨きをしていますか 1.はい 2.いいえ
おやつについて	おやつとしてほとんど毎日与えるものには◎よく与えるものには○をつけて下さい。 () コーラ () アイス () ビスケット・クッキー () ガム () 果物 () 乳酸菌飲料(ヤクルトなど) () せんべい・クラッカー () ヨーグルト・プリン・ゼリー () 果汁100%ジュース () あめ・キャラメル () 缶詰 () 牛乳 () スポーツドリンク () 塩味スナック菓子 () 手作りおやつ () チョコレート菓子 () ケーキ・生菓子・菓子パン () その他
歯について	磨きにくいところがありますか？また、お口のことで心配なことがありますか？ () 虫歯に対し心がけていることを1つだけ選んでください。 1.早期発見・早期治療 2.予防 3.特になし

歯科健診			
歯の状態	現在歯— 処置歯○ 未処置歯C 喪失歯×	歯の本数	本
		処置歯	本
		未処置歯	本
		むし歯の計	本
判定	異常なし A:要観察 B:要精密 C:要治療 D:受診中 E:要指導		
歯科医師名		清掃状態	1.良い 2.良くない
歯科衛生士名		フッ素塗布	有 ・ 無
		☐ 指しゃぶり ☐ 甘味嗜好傾向 ☐ 哺乳瓶の長期使用 ☐ その他	

計測			
身体計測	体重 () kg 身長 () cm 肥満度 ()%	計測	
尿検査	蛋白 (－・±・＋・++) 糖 (－・±・＋・++) 潜血 (－・±・＋・++)	実施者	
尿再検査	年 月 日 蛋白 (－・±・＋・++) 糖 (－・±・＋・++) 潜血 (－・±・＋・++)	実施者	
備考			

医師診察			
項 目	所見欄：該当するところに○印をつける () 内は詳しく記載		
1 全身	なし 体幹と四肢のアンバランス その他 ()		
2 皮膚	なし 蒼白 母斑 () アトピー性皮膚炎 出血斑 その他 ()		
3 頭部・顔面	なし 大頭 小頭 顔貌 その他 ()		
4 耳鼻咽喉	なし 扁桃肥大 その他 ()		
5 眼	なし 斜視 眼振 眼瞼下垂 白色瞳孔 SVS その他 ()		
6 頸部	なし リンパ節腫脹 その他 ()		
7 脊柱	なし 側彎 後彎 前彎 その他 ()		
8 胸部	なし ロート胸 心雑音 不整脈 ら音 その他 ()		
9 腹部	なし 肝腫大 脾腫大 腫瘤 そけいヘルニア その他 ()		
10 外陰部	なし 停留睪丸 包茎 その他 ()		
11 四肢	なし X脚 O脚 反張膝 その他 ()		
12 運動	なし 歩行異常 運動失調 筋トーンス(亢進／低下) その他 ()		
13 言語	なし 遅滞 構音障害 その他 ()		
14 行動・受診態度	なし 多動 無関心 視線が合わない その他 ()		
15 その他の所見	なし あり []		
判定	異常なし A:要観察 B:要精密 C:要治療 D:受診中 E:要指導	医師名	

職員記入欄	
A： 要観察（訪問・電話・育相てくてく・巡回） B： 要治療 C： 受診中 D： その他	
育児相談者	
栄養士	