

1歳6か月児健康診査票

☆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			男・女	第 子	生年月日	令和 年 月 日	満 才 カ月
幼児氏名							
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.毎日ではなく時々 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.毎日ではなく時々 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	磨きにくいところはありますか？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					歯の本数 処置歯 未処置歯 むし歯の計	本 本 本 本	むし歯の罹患型 要治療のむし歯 歯の汚れ 歯肉・粘膜 かみ合わせ 口腔軟組織異常 不正咬合	O1 O2 A B C なし・あり () 本 きれい・少ない・多い 異常なし・あり () よい・経過観察 なし・あり 疾患名: なし あり 1. 反対咬合(下顎前突) 2. 上顎前突, 過蓋咬合 3. 開咬 4. そう生 5. 正中離開 6. その他	
	現在歯— 処置歯○ 未処置歯□ 喪失歯×								
	その他の異常		()						
	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								
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	計測
	パーセンタイル (3以下・97以上)	(3以下・97以上)	
	頭囲 () cm	肥満度 () %	
	パーセンタイル (3以下・97以上)		

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 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 停留辜丸 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