

CONTENTS

目次

Parents or Gurdians/Certificate of Birth Registration 保護者・出生届出済証明	1
Pregnancy Health Reference 妊婦の健康状態等	2
Woman's Occupation and Home Situation 妊婦の職業と環境	3
Course of Pregnancy 妊娠中の経過	4~7
Record of Delivery & Mother's Postpartum Condition 出産の状態と産後の経過	8~9
Weight Gain and Loss During Pregnancy and After Childbirth 妊娠中と産後の体重変化の記録	10
Dentist's Report on Mother's Teeth During Pregnancy and After Childbirth 妊娠中と産後の歯の状態	11
Parenting Class Record 母親（両親）学級受講記録	12
Your Baby's Development & Health Check-up for Your Baby 保護者の記録と健康診査等（新生児～6歳）	14~37
Height and Weight Growth Curve for Infants 乳幼児身体発育曲線	38~43
Height-Weight Chart for Children 幼児の身長体重曲線	44~45
Immunization Record 予防接種の記録	46~48
Record of Childhood Illnesses 今までにかかった主な病気	49
Dental Check-ups, Education and Preventive Care 歯の診査、保健指導、予防措置	50

Please fill in the top portion of this page when you receive this handbook.

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

Child's Parents or Guardians 子の保護者	Relationship 続柄	Name 氏名	Date of Birth (Current age) 生年月日 (年齢)	Occupation 職業
	Mother (Pregnant woman) 母 (妊婦)		Year/Month/Day (____ years old) 年 月 日 (歳)	
	Father 父		Year/Month/Day (____ years old) 年 月 日 (歳)	
			Year/Month/Day (____ years old) 年 月 日 (歳)	
	Present Address 居住地		Tel. No. 電話	
		Tel. No. 電話		
		Tel. No. 電話		
		Tel. No. 電話		

Certificate of Birth Registration 出生届出済証明

Name of Child 子の氏名	Male / Female 男・女		
Place of Birth 出生の場所	Prefecture 都道府県	City/Ward/Town/Village 市区町村	
Date of Birth 出生の年月日	Year 年	Month 月	Day 日

I hereby certify that the birth of the above-named child was officially registered on
____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).

上記の者については 年 月 日出生の届出があったことを証明する。

Official Seal of the Mayor

市区町村長

印

You must register the birth of your child within 14 days of the birth to obtain the Certificate of Birth Registration.
赤ちゃんが生まれたときは14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。

Pregnancy Health Reference 妊婦の健康状態等

Height 身長	cm	Normal Weight ふだんの体重	kg	Age at Marriage 結婚年齢	years old 歳
--------------	----	-------------------------	----	-------------------------	----------------

• Have you ever had any of the following illnesses?

○次の病気にかかったことがありますか。(あるものに○印)

High blood pressure / Chronic nephritis / Diabetes mellitus / Hepatitis / Heart disease /
高血圧 慢性腎炎 糖尿病 肝炎 心臓病

Thyroid disease / Other serious disease (name:)
甲状腺の病気 その他重い病気 (病名)

• Have you ever had any of the following infectious illnesses?

○次の感染症にかかったことがありますか。

Rubella (Yes (___ age) No Immunized)
風しん (三日はしか) (はい (歳) いいえ 予防接種を受けた)

Measles (Yes (___ age) No Immunized)
麻疹 (はしか) (はい (歳) いいえ 予防接種を受けた)

Chicken pox (Yes (___ age) No Immunized)
水痘 (水ぼうそう) (はい (歳) いいえ 予防接種を受けた)

• Have you ever had an operation?

○今までに手術を受けたことがありますか。

No Yes (for _____)
なし あり (病名)

• Are you currently taking medicine? (medicine used regularly): _____

○服用中の薬 (常用薬):

• Do you smoke? No Yes (_____ cigarettes per day)
○たばこを吸いますか。 いいえ はい (1日 本)

• Do you drink alcohol? No Yes (_____ glasses per day)
○酒類を飲みますか。 いいえ はい (1日 程度)

Spouse's Health 夫の健康状態	Good 健康	Poor (Disease or problem: _____) よくない (病名)
---------------------------	------------	---

History of Prior Pregnancies いままでの妊娠

Date of Delivery 出産年月	Health During Pregnancy/ During & After Childbirth 妊娠・出産・産後の状態	Baby's Weight at Birth/Sex 出生児の体重・性別	Child's Present Health 現在の子の状態
Year/Month 年 月	Normal · Abnormal (at _____ weeks or _____ months pregnant) 正常・異常 (妊娠 週 (第 月) 頃)	g Male/Female g 男・女	Good/Poor 健・否
Year/Month 年 月	Normal · Abnormal (at _____ weeks or _____ months pregnant) 正常・異常 (妊娠 週 (第 月) 頃)	g Male/Female g 男・女	Good/Poor 健・否
Year/Month 年 月	Normal · Abnormal (at _____ weeks or _____ months pregnant) 正常・異常 (妊娠 週 (第 月) 頃)	g Male/Female g 男・女	Good/Poor 健・否

Woman's Occupation and Home Situation 妊婦の職業と環境

Working Conditions When First Pregnant 妊娠に気付いたときの状況	Currently Working? 職業	(Full-time/Other), (Self-Employed/Work in Family Business/Other), (None) (常勤・その他) ・ (自営業主・家族従業者・その他) ・ (なし)		
	Type of Job and Work Environment (*) 仕事の内容と職場環境 (※)			
	Hours Worked Per Day 仕事をする時間	() Hours, () to () Is your work schedule irregular, such as on a shift basis? (Yes / No) 1日約 () 時間・ () 時~ () 時 交代制など変則的な勤務 (あり・なし)		
	How Do You Get to Work? 通勤や仕事に利用する乗り物			
Working Conditions During Pregnancy 妊娠してからの変更点	Length of Commute 通勤の時間	One Way () Minutes 片道 () 分	How Crowded 混雑の程度	Very Crowded/Normal ひどい・普通

Working Conditions During Pregnancy 妊娠してからの変更点	Took Time Off: (_____ th week) 仕事を休んだ (妊娠 週 (第 月) のとき)
Working Conditions During Pregnancy 妊娠してからの変更点	Changed Jobs: (_____ th week) 仕事を変えた (妊娠 週 (第 月) のとき)
Working Conditions During Pregnancy 妊娠してからの変更点	Permanently Left: (_____ th week) 仕事をやめた (妊娠 週 (第 月) のとき)
Working Conditions During Pregnancy 妊娠してからの変更点	Other: (_____) その他 (_____)

Maternity Leave Before Birth 産前休業	From _____ (Month) _____ (Day) for _____ Days 月 日から 日間
--------------------------------------	---

Maternity Leave After Birth 産後休業	From _____ (Month) _____ (Day) for _____ Days 月 日から 日間
-------------------------------------	---

Childcare Leave (Father / Mother)	From _____ (Month) _____ (Day) to _____ (Month) _____ (Day) 月 日から 月 日まで
--------------------------------------	--

育児休業 (父親・母親)	From _____ (Month) _____ (Day) to _____ (Month) _____ (Day) 月 日から 月 日まで
-----------------	--

Living Situation 住居の種類	Independent House (_____) story house/ Condominium (_____ stories, _____ floor, elevator: No / Yes) / Other (_____) 独立家屋 (階建) ・ 集合住宅 (階建 階・エレベーター: 有・無) ・ その他 (_____)
---------------------------	--

Living Environment 騒音	Quiet/Normal/Noisy 静・普通・騒	Sunshine exposure 日当たり	Good/Normal/Poor 良・普通・悪
--------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------

Who Lives with You 同居	Children (Number: _____), Husband, Husband's Father, Husband's Mother, Your Father, Your Mother, Other(s) (Number: _____) 子ども (人) ・ 夫・夫の父・夫の母・実父・実母 その他 (人)
--------------------------	---

* Please record any special circumstances, such as whether: the job requires a lot of physical endurance (for example, standing for long periods); the temperature of the working environment is uncomfortable or harsh; there is heavy tobacco smoke; there is a lot of physical movement; there is a high stress level; it is difficult to take a break; and/or there is a lot of overtime.

※立ち作業など負担の大きい作業が多い、温湿度が厳しい、たばこの煙がひどい、振動が多い、ストレスが多い、休憩がとりにくい、時間外労働が多いなどの特記事項も記入

Course of 妊娠中の

Exam Date 診察月日	Week of Pregnancy 妊娠週数	Height of Uterus (Fundus) 子宮底長	Circumference of Abdomen 腹囲	Blood Pressure 血圧	Edema (Swelling) 浮腫	Protein in Urine 尿蛋白	Sugar in Urine 尿糖
		cm	cm	/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #

Relevant Personal Data 妊婦自身の記録

Home Address Before or After Delivery 出産前後の居住地	Tel. No. 電話
Name and Address of Emergency Contact 出産前後の連絡先 (知らせしてほしい人)	Tel. No. 電話
Means of Transport to Hospital 入院の方法	Own Car / Taxi / On Foot / Other () Transportation Time (hours minutes) 自家用車・タクシー・徒歩・その他 ()、 所要時間 (時間 分)

Pregnancy (II) 経過 (2)

Other Examinations (incl. Hemoglobin) その他特に行った検査 (含ヘモグロビン)	Weight 体重	Instructions (i.e., rest, leave of absence or other action written on the Mother's Health Maintenance Instruction Card) 特記指示事項 (安静・休業・母性健康 管理指導事項連絡カードに記載された措置など)	Name of Medical Institution or Doctor 施設名又は担当者名
	kg		

• Use the space below to write down the prospective parent or parents' feelings about welcoming a new baby into the world. Also write down any concerns or questions you would like to discuss with your doctor.

○赤ちゃん誕生を迎える両親の気持ちを記入しておきましょう。

また、心配なこと、相談したいことなども記入しておきましょう。

* See your physician immediately if you have vaginal bleeding, any abnormal or unusual pains, or if your water breaks.

※出血・破水・おなかの強い張りがあったらすぐみてもらいましょう。

Please fill in the entire page as soon as possible after your baby is born.
このページは産後なるべく早く記入してもらいましょう。

Record of Delivery 出産の状態

Length of Pregnancy 妊娠期間	_____ weeks 妊娠 _____ 週		
Delivery Date 娩出日時	_____ (Year) _____ (Month) _____ (Day). _____ a.m./p.m. 年 月 日 午前・午後 時 分		
Delivery Type 分娩の経過 (母児の状態)	Normal position (頭位) Breech position (骨盤位) Other (その他) () Other comments: 特記事項		
Length of Labor 分娩所要時間	Amount of bleeding 出血量	Light / Moderate / Heavy (少量・中量・多量) (ml)	
Baby's Condition at Birth 出産時の児の状態	Sex/Number 性別・数	Male/Female/Unidentified: Single/Multiple (男・女・不明 : 単・多) (胎)	
	Baby's Measurements 計測値	Weight: 体重	g Height: 身長 cm
		Chest Circumference: 胸囲	cm Head Circumference: 頭囲 cm
Special Conditions or Treatment 特別な所見・処置	Neonatal Asphyxia → (Expired/Resuscitated) / Stillbirth 新生児仮死 → (死亡・蘇生)・死産		
Certificate 証明	Certificate of Birth/Certificate of Stillbirth/Certificate of Birth and Death 出生証明書・死産証書(死胎検案書)・出生証明書及び死亡診断書		
Place of Delivery 出産の場所 Name 名称			
Names of Birth Attendants 分娩取扱者氏名	Doctor: 医師	Others: その他	
	Midwife: 助産師		

This page to be completed by the doctor or nurse when you leave the hospital or at your post-delivery check-up.
退院時及び産後の診察のときに記入してもらいましょう。

Mother's Postpartum Condition 出産後の母体の経過

Days/Months Post-Delivery 産後日月数	Return of Uterus to Normal Size and Position 子宮復古	Vaginal Bleeding or Discharge (Lochia) 悪露	Condition of Breasts 乳房の状態	Blood Pressure 血圧	Protein in Urine 尿蛋白	Sugar in Urine 尿糖	Weight 体重	Remarks 備考
	Normal/Abnormal 良・否	Normal/Abnormal 正・否			- + #	- + #	kg	
	Normal/Abnormal 良・否	Normal/Abnormal 正・否			- + #	- + #		
	Normal/Abnormal 良・否	Normal/Abnormal 正・否			- + #	- + #		
	Normal/Abnormal 良・否	Normal/Abnormal 正・否			- + #	- + #		

Mother's personal comments and notations. 母親自身の記録

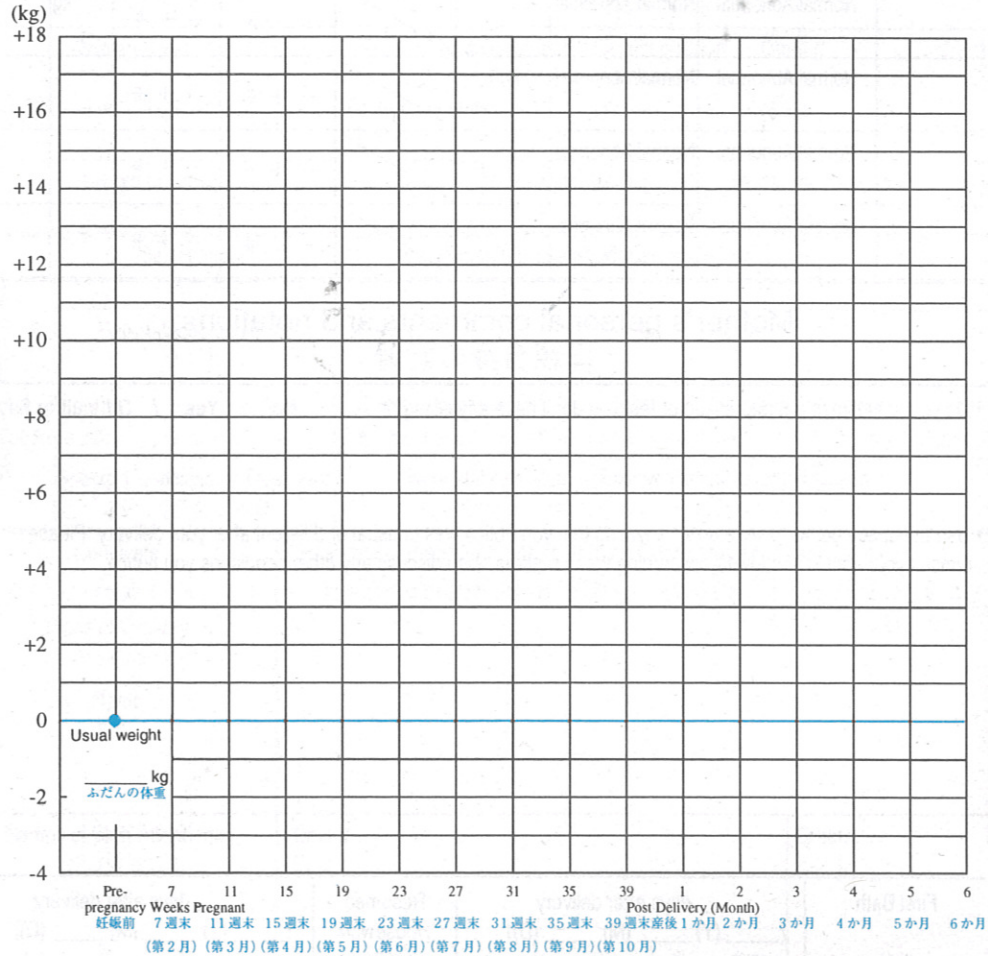
• Do you sometimes get depressed or feel you don't have any energy? No / Yes / Difficult to Say
○気分が沈んだり涙もろくなったり、何もやる気になれないといったことがありますか。 いいえ はい 何ともいえない

• Use the space below to write down anything that you notice was unusual or different after your delivery. Please consult your doctor or midwife concerning these matters. Also discuss any other conditions you notice.
○産後、気が付いたこと、変わったことがあれば医師、助産師などに相談しましょう。また、気が付いたことなどを記録してください。

First Bath 入浴	_____ days after delivery (____ (Y) ____ (M) ____ (D)) 産後 日 (月 日)	Resumed Housework 家事開始	_____ days after delivery (____ (Y) ____ (M) ____ (D)) 産後 日 (月 日)
Returned to Work 家事以外の労働開始	_____ days after delivery (____ (Y) ____ (M) ____ (D)) 産後 日 (月 日)	Resumption of Menstruation 月経再開	_____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日
Family Planning Guidance 家族計画指導	No / Yes (made by doctor/birth control counselor, midwife) _____ (Y) ____ (M) ____ (D) なし・あり (医師・受胎調節実地指導員・助産師) 年 月 日		

Weight Gain and Loss During Pregnancy and After Childbirth 妊娠中と産後の体重変化の記録

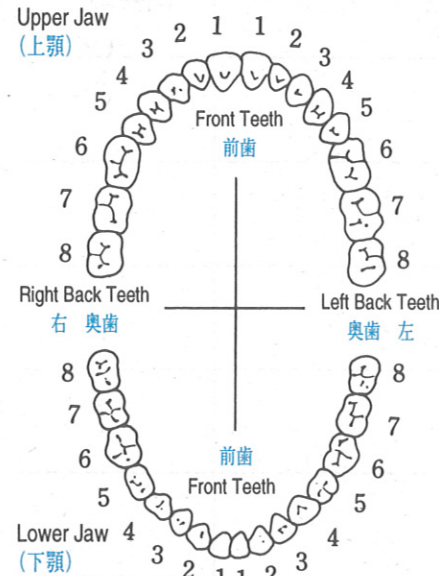
Weight is one indication of overall health. Sudden gains or losses could indicate a serious problem during these critical times. Please keep a record of your weight on this chart.
体重は健康のよい指標です。特に妊娠中と産後は体重の増減が異常発見の手がかりにもなりますから、自分で記入して参考にしましょう。



Zero is the starting point, representing your weight before being pregnant or in the very early stages. You should keep track of your weight on a monthly basis. It is optimal to return to your normal body weight within six months after the baby is born.

妊娠前又はごく初期の体重を0にして、その後の体重の増減を目盛りに従って、点で記入してつなぎましょう。産後6か月くらいで妊娠前の体重に戻したいものです。

Dentist's Report on Mother's Teeth During Pregnancy and After Childbirth 妊娠中と産後の歯の状態



Condition of Teeth
Untreated Decayed Tooth: C
Healthy Teeth: /
Tooth Missing: Δ
Treated Tooth: O

歯の状態記号:
未処置う歯 C
健全歯 /
喪失歯 Δ
処置歯 O

Date of Initial Examination 初回診査	____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日
Week of Pregnancy 妊娠	() weeks 週
Decayed Teeth むし歯	Treated: ____ tooth/teeth 処置歯 本 Untreated: ____ tooth/teeth 未処置歯 本
Calcified Tooth Plaque 歯石	No / Yes なし あり
Gum Disease 歯周疾患	No / Gingivitis / Periodontitis なし 歯肉炎 歯周炎
Other その他	
Recommendations 指導メモ	
Name of Clinic, Institution or Dentist 施設名又は担当者名	

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	Week of Pregnancy/Week After Childbirth: () weeks 妊娠・産後 週	
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	Calcified Tooth Plaque 歯石	No / Yes なし あり
Recommendations: 指導メモ	Gum Disease 歯周疾患	No / Gingivitis / Periodontitis なし 歯肉炎 歯周炎
Examination Date: ____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日 診査	Name of Clinic, Institution or Dentist 施設名又は担当者名	

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	Week of Pregnancy/Week After Childbirth: () weeks 妊娠・産後 週	
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	Calcified Tooth Plaque 歯石	No / Yes なし あり
Recommendations: 指導メモ	Gum Disease 歯周疾患	No / Gingivitis / Periodontitis なし 歯肉炎 歯周炎
Examination Date: ____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日 診査	Name of Clinic, Institution or Dentist 施設名又は担当者名	

Please fill in this page after attending each class.

このページは妊婦自身で記入してください。

Parenting Class Record
母親（両親）学級受講記録

Date 受講年月日	Topic 課目	Comments 備考
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		
____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日		

Notes and Observations
予備欄

Blank area for notes and observations.

Your Baby's Development (from Birth to Four Weeks)
保護者の記録【生後4週間まで】

• Your baby's health at birth:

生まれたときの状態

(You can include your comments on your baby's birth.)

(赤ちゃんのお誕生の記念に記入しておきましょう。)

Weight: 体重	g	Height: 身長	cm
Circumference of Chest: 胸囲	cm	Circumference of Head: 頭囲	cm

• Baby's first feeding at _____ hour after delivery.

赤ちゃんに初めてお乳を飲ませたのは生後 () 時間目です。

• Type of feeding: Breastfeeding/Bottle.

そのとき、与えたお乳は(母乳・人工乳)です。

• Was your infant checked for congenital metabolic diseases?

先天性代謝異常等検査を受けましたか。

Yes / No

はい いいえ

• Please write down your feelings or observations about your baby and his/her birth. Also note comments or worries about yourself, your child or your family.

赤ちゃん誕生を迎えた両親の気持ちを記入しておきましょう。また、心配なこと、相談したいことなども記入しておきましょう。

Development of the Newborn (First Week After Birth)
早期新生児期【生後1週間以内】の経過

Age (Days)* 日齢※	Weight (g) 体重	Nursing (Sucking) Ability 哺乳力	Jaundice 黄疸	Others その他
		Weak/Normal 弱・普通	None/Normal/Severe なし・普通・強	
		Weak/Normal 弱・普通	None/Normal/Severe なし・普通・強	

Irregularities at Birth:

出生時の異常: No
なし
Yes ()
あり ()

Treatment:
その処置 ()

Irregularities after Birth:

その後の経過中の異常: No
なし
Yes ()
あり ()

Treatment:
その処置 ()

Condition at Time of Hospital Discharge (on ____ (Y) ____ (M) ____ (D), ____ days after birth)

退院時の記録 (年 月 日 生後 日)

Weight: 体重	g	Feeding Method: 栄養法:	Breastfeeding/Mixed/Formula 母乳・混合・人工
---------------	---	-------------------------	---

Items for Observation:

引き続き観察を要する事項:

Name of Medical Institution or Health Professional:

施設名又は担当者名:

Tel. No.

電話

Development of the Newborn (from One to Four Weeks)
晚期新生児期【生後1～4週】の経過

Age (Days)* 日齢※	Weight (g) 体重	Nursing (Sucking) Ability 哺乳力	Feeding Method 栄養法	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		Weak/Normal 弱・普通	Breastfeeding/Mixed/Formula 母乳・混合・人工	
		Weak/Normal 弱・普通	Breastfeeding/Mixed/Formula 母乳・混合・人工	

Recommendations:

指導事項:

Your Baby's Condition at One Month Old (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)

保護者の記録【1か月頃】(年 月 日記録)

My baby turned one month old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).
年 月 日で1か月になりました。

- Does your baby actively move his/her arms and legs when being dressed or undressed? **Yes / No**
○裸にすると手足をよく動かしますか。 **はい いいえ**
- Does your baby suck well? **Yes / No**
○お乳をよく飲みますか。 **はい いいえ**
- Does your baby move his/her arms and legs or cry in response to a loud noise or sound? **Yes / No**
○大きな声にビックッと手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか。 **はい いいえ**
- Is your baby's navel dry? **Yes / No**
○おへそはかわいていますか。 **はい いいえ**

(Call your physician if it is moist or sticky.)
(ジクジクしている時は医師にみてもらいましょう。)

- Is your baby's stool constantly light yellow, cream-colored or grey?* **Yes / No**
○うすい黄色、クリーム色、灰白色の便が続いていますか。* **はい いいえ**
- Is there anything about child-raising that you find particularly difficult? **No / Yes / Difficult to Say**
○子育てについて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**
- Use the space below to write down any concerns about child-raising or any illness that required medical attention, or any other comments that you have.
○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。

* If your baby's stool is light yellow, cream-colored or grey, and if the white of your baby's eyes or skin is yellow or yellowish-green, contact your doctor immediately as these may be symptoms of a blocked bile duct (jaundice).
※便の色がうすい黄色、クリーム色、灰白色で、白目(しろめ)や皮膚が黄色～黄緑色である場合は、胆汁が流れにくい状態が疑われるので、一日も早く、小児科医、小児外科医等の診察を受けてください。

Health Check-up for Your Baby at One Month Old

1か月健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ month ____ days.)
(年 月 日 実施・ 月 日)

Weight: 体重	g	Height: 身長	cm
Circumference of Chest: 胸囲	cm	Circumference of Head: 頭囲	cm
Diet: 栄養状態:	Good/Needs advice 良・要指導	Feeding Method: 栄養法:	Breastfeeding/Mixed/Formula 母乳・混合・人工

General Health: Healthy/Requires Monitoring
健康・要観察

Recommendations:
指導事項

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Check-up
次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age (in months) 月齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 指導事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		g	cm		

Your Baby's Condition at Three to Four Months Old (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)

保護者の記録【3～4か月頃】(年 月 日記録)

- Does your baby hold his/her head upright?
○首がすわりましたか。 Yes / No
はい いいえ
(started doing this on ____ (Month) ____ (Day))
(すわった時期: 月 日頃)
- Does your baby laugh or smile when you touch or hold him/her?
○あやすとよく笑いますか。 Yes / No
はい いいえ
- Is there anything unusual in your baby's eye movement or expression?
○目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。 No / Yes
いいえ はい
- Does your baby try to look in the direction of your voice when you call him/her from a place out of the baby's sight?
○見えない方向から声をかけてみると、そちらの方を見ようとしますか。 Yes / No
はい いいえ
- Do you take your baby out in the fresh air?
○外気浴をしていますか。 Yes / No
はい いいえ
(Walk outside with your child on a nice day.)
(天気のよい日に薄着で散歩するなどしてあげましょう。)
- Is there anything about child-raising that you find particularly difficult?
○子育てについて困難を感じることはありますか。 No / Yes / Difficult to Say
いいえ はい 何ともいえない
- Use the space below to write down any concerns about child-raising or any illness that required medical attention, or any other comments that you have.
○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。

Health Check-up for Your Baby at Three to Four Months Old

3～4か月健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ month ____ days.)
(年 月 日実施・か月 日)

Weight: 体重	g	Height: 身長	cm
Circumference of Chest: 胸囲	cm	Circumference of Head: 頭囲	cm
Diet: 栄養状態:	Good/Needs advice 良・要指導	Feeding Method: 栄養法:	Breastfeeding/Mixed/Formula 母乳・混合・人工

Hip Joint: Normal/Signs of Dislocation
股関節開排制限: なし・あり

General Health: Healthy/Requires Monitoring
健康・要観察

Recommendations:
指導事項

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Check-up
次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age (in months) 月齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 指導事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		g	cm		

Your Baby's Condition at Six to Seven Months Old (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)
 保護者の記録【6～7か月頃】(年 月 日記録)

- Does your baby turn over? Yes / No
寝返りをしますか。 はい いいえ
- Does your baby sit up by himself/herself without help or support? (About 7 months old) Yes / No
おすわりをしますか。(7か月頃) はい いいえ
 (When your baby sits up without support Date: ____ (Month) ____ (Day))
 (支えなくてもすわれるようになった時: 月 日頃)
- Does your baby reach for toys near him/her? Yes / No
からだのそばにあるおもちゃに手をのぼしてつかみますか。 はい いいえ
- Does your baby babble when he/she is with the family? Yes / No
家族といっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか。 はい いいえ
- Does your baby turn his/her head when the TV or radio is on? Yes / No
テレビやラジオの音がしはじめると、すぐそちらを見ますか。 はい いいえ
- Has your baby started eating solid food? Yes / No
離乳食を始めましたか。 はい いいえ

(One month after your baby starts eating solid food, begin giving him/her a variety of solid food two times a day. From age seven or eight months, the food given to your baby should be soft and able to be mashed by his/her tongue.)

(離乳食を始めて1か月位したら1日2回食にし、食品の種類をふやしていきましょう。7、8か月頃から舌でつぶせる固さにします。)

- Do your baby's pupils look white or yellowish-green? * No / Yes
ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがありますか。 ※ いいえ はい
- Use the space below to write down any concerns about child-raising or any illness that required medical attention, or any other comments that you have.
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。

* If your baby's pupils are this color you should see an eye doctor (ophthalmologist) to check for eye disease.
 ※ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えるときは眼の病気の心配があります。すぐに眼科医の診察を受けてください。

Health Check-up for Your Baby at Six to Seven Months Old

6～7か月健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ month ____ days.)
 (年 月 日実施・ か月 日)

Weight: 体重	g	Height: 身長	cm
Circumference of Chest: 胸囲	cm	Circumference of Head: 頭囲	cm
Diet: 栄養状態:	Good/Needs advice 良・要指導	Feeding Method: 栄養法:	Breastfeeding/Mixed/Formula 母乳・混合・人工
Preparation for Weaning: 離乳: 開始・未開始	Started/Not Yet Started	Number of Teeth: 歯の本数	_____

Condition of the Mouth*: Normal/Abnormal or Diseased ()
 口の中の疾患や異常※: なし・あり ()

General Health: Healthy/Requires Monitoring
 健康・要観察

Recommendations:
 指導事項

Name of Medical Institution or Health Professional:
 施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Check-up
 次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age (in months) 月齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 指導事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		g	cm		

* Diseases of the mouth include tooth decay, gum disease or occlusion.
 ※口の中の疾患や異常は、むし歯、歯ぐきの病気、不正咬合等を含みます。

Your Baby's Condition at Nine to Ten Months Old (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)
 保護者の記録【9～10か月頃】(年 月 日記録)

• Does your baby crawl? Yes / No
 ○はいはいをしますか。 はい いいえ

(Began on ____ (Month) ____ (Day))
 (できるようになった時: 月 日頃)

• Does your baby stand using support? Yes / No
 ○つかまり立ちができますか。 はい いいえ

(Began on ____ (Month) ____ (Day))
 (できるようになった時: 月 日頃)

• Does he/she pick up small objects with his/her fingers? Yes / No
 ○指で、小さい物をつまみますか。 はい いいえ

(Make sure that your baby does not play with small objects which could be swallowed [i.e., cigarettes, peanuts] or cause choking.)
 (たばこや豆などの異物誤飲に注意しましょう。)

• Does your baby like to play by himself/herself? Yes / No
 ○機嫌よくひとり遊びができますか。 はい いいえ

• Can your baby eat solid foods? Yes / No
 ○離乳は順調にすすんでいますか。 はい いいえ

(Give your baby solid food three times a day. From nine months on the food should be mashable by the baby's gums.)
 (離乳食を3回にすすめましょう。9か月頃から歯ぐきでつぶせる固さにします。)

• Does your baby turn around when you whisper to him/her? Yes / No
 ○そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか。 はい いいえ

• Does your baby try to follow you? Yes / No
 ○後追いをしますか。 はい いいえ

• Are you worried about the way your baby's teeth are coming in, their shape/color or about the baby's gums? No / Yes
 ○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

• Is there anything about child-raising that you find particularly difficult? No / Yes / Difficult to Say
 ○子育てについて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

• Use the space below to write down any concerns about child-raising or any illness that required medical attention, or any other comments that you have.

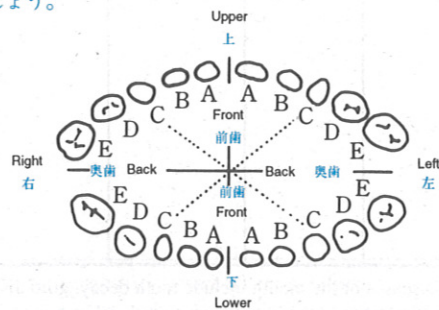
○育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

Record the dates when your baby's teeth come in.
 歯の生えた月日を右の図に記入しましょう。

(First tooth came in: ____ month)
 (生え始め: 月)

Please mark an "x" on the diagram for any decayed or abnormal teeth.

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。



Health Check-up for Your Baby at Nine to Ten Months Old
 9～10か月健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ month ____ days.)
 (年 月 日実施: 月 日)

Weight: g 体重	Height: cm 身長
Circumference of Chest: cm 胸囲	Circumference of Head: cm 頭囲
Diet: Good/Needs advice 栄養状態: 良・要指導	Meals: (feeding solid food): ____ times/day 離乳食は1日 回

Number of Teeth: ____ Condition of the Mouth: Normal/Abnormal or Diseased ()
 歯 () 本 口の中の疾患や異常: なし・あり ()

General Health: Healthy/Requires Monitoring
 健康・要観察

Recommendations:
 指導事項

Name of Medical Institution or Health Professional:
 施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Check-up
 次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age (in months) 月齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 指導事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		g	cm		

Your Child's Condition at One Year (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)

保護者の記録【1歳の頃】(年 月 日記録)

My child turned one year old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)
年 月 日で1歳になりました。

- Has your child started walking holding on to something for support? **Yes / No**
○つたい歩きをしますか。 **はい いいえ**

(Began on ____ (Month) ____ (Day))
(できるようになった時: 月 日頃)

- Does your child wave goodbye or greet you? **Yes / No**
○バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか。 **はい いいえ**

- Does your child move his/her body to music? **Yes / No**
○テレビなどの音楽に合わせて、からだを楽しそうに動かしますか。 **はい いいえ**

- Does your child understand simple commands such as "Come here" or "Give me"? **Yes / No**
○大人の言う簡単なことば(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか。 **はい いいえ**

- Does your child seem to enjoy playing with you? **Yes / No**
○相手になって遊んでやると喜びますか。 **はい いいえ**

- Does your child eat three times a day regularly? **Yes / No**
○1日3回の食事のリズムがつかえましたか。 **はい いいえ**

(To prevent cavities and a loss of appetite, do not give your child too many sweet foods or sugary drinks.)
(食欲をなくさぬよう、また、むし歯予防のために、砂糖の多い飲食物を控えましょう。)

- What activities does your child like to do? (For example: _____)
○どんな遊びが好きですか。(遊びの例: _____)

- Use the space below to write down any concerns about child-raising or any illness that required medical attention, or any other comments that you have.
○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。

Health Check-up for Your Child at One Year Old

1歳健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)
(年 月 日実施・ 歳 か月)

Weight: g 体重	Height: cm 身長
Circumference of Chest: cm 胸囲	Circumference of Head: cm 頭囲
Diet: Good/Needs Advice 栄養状態: 良・要指導	Breastfeeding: Stopped/Still Breastfeeding 母乳: 飲んでいない・飲んでいる

() meals per day, () snacks per day Eyes (Eye Position, etc.): **Normal/Abnormal/Possible Abnormality ()**
1日に食事()回、間食(おやつ)()回 目の異常(眼位・その他): なし・あり・疑()

General Health: **Healthy/Requires Monitoring**
健康・要観察

Overall Dental Health 歯の状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Teeth: Healthy/Need Treatment (No. of Teeth: _____) 要治療のむし歯: なし・あり(本) Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ: きれい・ふつう・きたない Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜: 異常なし・あり() Occlusion: Normal/Abnormal () 不正咬合: なし・要注意() (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

Recommendations:
指導事項

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Check-up

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age 年齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 指導事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		g	cm		

Your Child's Condition at 18 Months (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)

保護者の記録【1歳6か月の頃】(年 月 日頃)

• Does your child walk well without support? Yes / No
ひとりですぐに歩きますか。はい いいえ

(Began walking by himself/herself on ____ years ____ months old)
 (ひとり歩きができるようになった時: 歳 月頃)

• Does your child utter meaningful words such as "mama" or "bye-bye"? Yes / No
ママ、ブーブーなど意味のあることばをいくつか話しますか。はい いいえ

• Can your child drink water from a cup by himself/herself? Yes / No
自分でコップを持って水を飲めますか。はい いいえ

• Is your child still drinking from a bottle? No / Yes
哺乳ビンを使っていますか。いいえ はい

(To prevent tooth decay, your child should stop drinking from a bottle.)
 (哺乳ビンを使って飲むのは、むし菌予防などのためにやめるようにしましょう。)

• Do you give your baby meals and snacks at a generally set time? Yes / No
食事や間食(おやつ)の時間はだいたい決まっていますか。はい いいえ

• Does a parent/guardian complete the task of brushing the baby's teeth by giving a final thorough brushing? Yes / No
保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。はい いいえ

• Does your child appear to have any strange eye movements or be overly sensitive to light? No / Yes
極端にまぶしがったり、目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。※ いいえ はい

• Does your child look back when you call his/her name from behind? Yes / No
うしろから名前を呼んだとき、振り向きませんか。はい いいえ

• What activities does your child like to do? (For example: _____)
どんな遊びが好きですか。(遊びの例: _____)

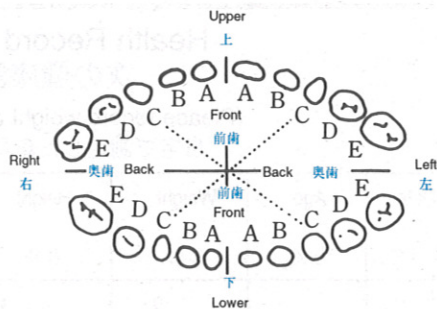
• Is there anything about child-raising that you find particularly difficult? No / Yes / Difficult to Say
子育てについて困難を感じることはありますか。いいえ はい 何ともいえなし

• Use the space below to write down any concerns about child-raising or any illness that required medical attention, or any other comments that you have.

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。

Please mark an "x" on the diagram for any decayed or abnormal teeth.

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



*If your child is sensitive to light or watches TV with his/her eyes half-closed or neck tilted, it may indicate a vision problem.

※極端にまぶしがったり、テレビを見るとき目を細めたり、首を傾けたりするときには、視力などが悪いことがあります。

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)

(年 月 日実施・ 歳 か月)

Weight: ____ kg 体重
 Height: ____ cm 身長

Circumference of Chest: ____ cm 胸囲
 Circumference of Head: ____ cm 頭囲

Diet: Good/Needs Advice 栄養状態: 良・要指導
 Breastfeeding: Stopped/Still breastfeeding 母乳: 飲んでいない・飲んでいる
 Fully Weaned: Yes / Not Yet 離乳: 完了・未完了

Eyes (Eye Position, Vision, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 目の異常(眼位・視力・その他): なし・あり・疑()
 Ears (Hearing, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 耳の異常(聴覚・その他): なし・あり・疑()

Immunizations (Circle the immunizations that have been received.): BCG Polio Diphtheria/Pertussis/Tetanus Measles/Rubella
 予防接種(受けているものに○を付ける。): BCG ポリオ ジフテリア・百日せき・破傷風 麻疹・風しん

General Health: Healthy/Requires Monitoring

健康・要観察

Overall Dental Health 歯の状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Caries Attack Pattern: O ₁ O ₂ A B C むし歯の罹患型: O ₁ O ₂ A B C Teeth: Healthy/Need Treatment (No. of Teeth: _____) 要治療のむし歯: なし・あり(本) Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ: きれい・ふつう・きたない Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜: 異常なし・あり() Occlusion: Normal/Abnormal () 不正咬合: なし・要注意() (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

Recommendations:
 指導事項

Name of Medical Institution or Health Professional:
 施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Check-up

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date	Age	Weight	Height	Recommendation	Name of Medical Institution or Health Professional
年月日	年齢	体重	身長	指導事項	施設名又は担当者名
		kg	cm		

Caries attack pattern: O₁= Teeth are clean and there is no decay. O₂= No decay but teeth are not clean. A= Decay in either upper front or back teeth. B= Decay in both upper front and back teeth. C= Decay also in lower teeth
 むし歯の罹患型 O₁: むし歯なし、歯もきれい O₂: むし歯なし、歯きたない A: 奥歯または前歯にむし歯 B: 奥歯と前歯にむし歯 C: 下前歯にもむし歯

Your Child's Condition at Two Years (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)

保護者の記録【2歳の頃】(年 月 日記録)

My child turned two years old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).
年 月 日で2歳になりました。

- Can your child run? Yes / No
○走ることができますか。 はい いいえ
- Does your child feed himself/herself with a spoon? Yes / No
○スプーンを使って自分で食べますか。 はい いいえ
- Does your child play by stacking blocks to build a tower or line the blocks in a row like a train? Yes / No
○積木で塔のようなものを作ったり、横に並べて電車などにみたくて遊ぶことをしますか。 はい いいえ
- Does your child imitate adults or TV performers or characters? Yes / No
○テレビや大人の身振りのまねをしますか。 はい いいえ
- Does your child speak in simple sentences? (i.e., "Me hungry" or "Dog come") Yes / No
○2語文(ワンワンキタ、マンマチョウダイ)などを言いますか。 はい いいえ
- Does your child eat meat or high-fiber vegetables? Yes / No
○肉や繊維のある野菜を食べますか。 はい いいえ
- Does your child try to brush his/her teeth? Yes / No
○歯みがきの練習をはじめていますか。 はい いいえ
- Does a parent/guardian complete the task of brushing the baby's teeth by giving a final thorough brushing? Yes / No
○保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 はい いいえ
- What activities does your child like to do? (For example: _____)
○どんな遊びが好きですか。(遊びの例: _____)
- Use the space below to write down any concerns about child-raising or any illness that required medical attention, or any other comments that you have.
○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。

Health Check-up for Your Child at Two Years Old

2歳健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)
(年 月 日実施・ 歳 か月)

Weight: 体重	kg	Height: 身長	cm
Circumference of Head: 頭囲	cm	Body Type: 栄養状態:	Heavy/Average/Thin ふとり気味・普通・やせ気味
Eyes (Eye Position, Vision, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 目の異常(眼位・視力・その他): なし・あり・疑 ()		Ears (Hearing, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 耳の異常(難聴・その他): なし・あり・疑 ()	

General Health: Healthy/Requires Monitoring
健康・要観察

Overall Dental Health 歯の状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Teeth: Healthy/Need Treatment (No. of Teeth: _____) 要治療のむし歯: なし・あり (本) Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ: きれい・ふつう・きたない Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜: 異常なし・あり () Occlusion: Normal/Abnormal () 不正咬合: なし・要注意 () (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

Recommendations:
指導事項

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Check-up
次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age 年齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 指導事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		kg	cm		

Your Child's Condition at Three Years (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)

保護者の記録【3歳の頃】(年 月 日記録)

My child turned three years old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).
年 月 日で3歳になりました。

- Does your child easily climb the stairs without using his/her hands? **Yes / No**
○手を使わずにひとりで階段をのぼれますか。 **はい いいえ**
- Does your child draw circles with crayons? **Yes / No**
○クレヨンなどで丸(円)を書きますか。 **はい いいえ**
- Does your child want to dress and undress by himself/herself? **Yes / No**
○衣服の着脱をひとりでできますか。 **はい いいえ**
- Can your child say his/her own name? **Yes / No**
○自分の名前が言えますか。 **はい いいえ**
- Does your child usually brush his/her teeth and wash his/her hands? **Yes / No**
○歯みがきや手洗いをしていますか。 **はい いいえ**
- Does a parent/guardian complete the task of brushing the baby's teeth by giving a final thorough brushing? **Yes / No**
○保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 **はい いいえ**
- Does your child always suck his/her thumb? **No / Yes**
○いつも指しゃぶりをしていますか。 **いいえ はい**
- Does your child always chew his/her food well? **Yes / No**
○よくかんで食べる習慣はありますか。 **はい いいえ**
- Does your child appear to be cross-eyed? **No / Yes**
○斜視はありますか。 **いいえ はい**
- Does your child move closer to or squint when he/she looks at an object? **No / Yes**
○物を見るとき目を細めたり、極端に近づけて見たりしますか。 **いいえ はい**
- Does your child's hearing appear to be poor? **No / Yes**
○耳の聞こえが悪いのではないかと気になりますか。 **いいえ はい**
- Does your child like to play "house," "monsters" or "pretend"? **Yes / No**
○ままごと、怪獣ごっこなど、ごっこ遊びができますか。 **はい いいえ**
- Does your child have friends to play with? **Yes / No**
○遊び友だちがいますか。 **はい いいえ**
- Is there anything about child-raising that you find particularly difficult? **No / Yes / Difficult to Say**
○子育てについて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**
- Use the space below to write down any concerns about child-raising or any illness that required medical attention, or any other comments that you have.
○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。

Health Check-up for Your Child at Three Years Old

3歳健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)
(年 月 日実施・ 歳 か月)

Weight: kg 体重	Height: cm 身長
Circumference of Head: cm 頭囲	Body Type: Heavy/Average/Thin 栄養状態: ふとり気味・普通・やせ気味
Eyes (Eye Position, Vision, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 目の異常(眼位異常・視力・その他): なし・あり・疑 ()	
Ears (Hearing, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 耳の異常(難聴・その他): なし・あり・疑 ()	
Immunizations (Circle the immunizations that have been received.): BCG Polio Diphtheria/Pertussis/Tetanus Measles/Rubella 予防接種(受けているものに○を付ける。): BCG ポリオ ジフテリア・百日せき・破傷風 麻疹・風しん	

General Health: Healthy/Requires Monitoring
健康・要観察

Overall Dental Health 歯の状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Caries Attack Pattern: O A B C ₁ C ₂ むし歯の罹患型: O A B C ₁ C ₂ Teeth: Healthy/Need Treatment (No. of Teeth: ____) 要治療のむし歯: なし・あり (本) Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ: きれい・ふつう・きたない Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜: 異常なし・あり () Occlusion: Normal/Abnormal () 不正咬合: なし・要注意 () (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

Recommendations:
指導事項

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Check-up

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date	Age	Weight	Height	Recommendation	Name of Medical Institution or Health Professional
年月日	年齢	体重	身長	指導事項	施設名又は担当者名
		kg	cm		

Caries Attack Pattern: O = No decayed teeth. A = Decayed teeth in either front or back. B = Decayed teeth in both front and back. C₁ = Decayed teeth in lower front. C₂ = Decayed teeth in lower front and other areas
むし歯の罹患型 O: むし歯なし A: 奥歯または前歯にむし歯 B: 奥歯と前歯にむし歯 C₁: 下前歯がむし歯 C₂: 下前歯やその他にむし歯

Your Child's Condition at Four Years (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)

保護者の記録【4歳の頃】(年 月 日記録)

My child turned four years old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).
年 月 日で4歳になりました。

- Does your child jump down from the second or third step of a staircase?
 階段を2、3段の高さからとびおりたりしますか。 **Yes / No**
はい いいえ
- Does your child hop on one leg?
 片足でケンケンをしてとびますか。 **Yes / No**
はい いいえ
- Does your child tell either/both parents about his/her experiences?
 自分の経験したことをお母さんやお父さんに話しますか。 **Yes / No**
はい いいえ
- Can your child copy a drawing of criss-cross lines?
 お手本を見て十字が描けますか。 **Yes / No**
はい いいえ
- Can your child use scissors well?
 はさみを上手に使えますか。 **Yes / No**
はい いいえ
- Can your child dress and undress himself/herself?
 衣服の着脱ができますか。 **Yes / No**
はい いいえ
- Does your child play make-believe games with his/her friends?
 友だちと、ごっこ遊びをしますか。 **Yes / No**
はい いいえ
- Does your child brush his/her teeth, rinse his/her mouth and wash his/her hands?
 歯みがき、口すすぎ、手洗いをしますか。 **Yes / No**
はい いいえ
- Does a parent/guardian complete the task of brushing the baby's teeth by giving a final thorough brushing?
 保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 **Yes / No**
はい いいえ
- Does your child always suck his/her thumb?
 いつも指しゃぶりをしていますか。 **No / Yes**
いいえ はい
- Is your child "picky" about food?
 食べ物の好き嫌いがありますか。 **No / Yes**
いいえ はい
(Example of what your child does not like: _____)
(嫌いなものの例: _____)
- Does your child use the toilet by himself/herself to urinate?
 おしっこをひとりでしますか。 **Yes / No**
はい いいえ
- Use the space below to write down any concerns about child-raising or any illness that required medical attention, or any other comments that you have.
 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。

Health Check-up for Your Child at Four Years Old

4歳健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)
(年 月 日実施・ 歳 か月)

Weight: kg 体重	Height: cm 身長
Circumference of Head: cm 頭囲	Body Type: Heavy/Average/Thin 栄養状態: ふとり気味・普通・やせ気味

Eyes (Eye Position, Vision: Right () Left (), others) Normal/Abnormal/Possible Abnormality ()
目の異常 (眼位異常・視力: 右 ()・左 ()・その他): なし・あり・疑 ()

Ears (Hearing, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality ()
耳の異常 (難聴・その他): なし・あり・疑 ()

General Health: Healthy/Requires Monitoring
健康・要観察

Overall Dental Health 歯の状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Teeth: Healthy/Need Treatment (No. of Teeth: _____) 要治療のむし歯: なし・あり (本) Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ: きれい・ふつう・きたない Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜: 異常なし・あり () Occlusion: Normal/Abnormal () 不正咬合: なし・要注意 () (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

Recommendations:
指導事項

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Check-up

次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age 年齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 指導事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		kg	cm		

Your Child's Condition at Five Years (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)
 保護者の記録【5歳の頃】(年 月 日記録)

My child turned five years old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).
 年 月 日で5歳になりました。

- Can your child do somersaults? **Yes / No**
 でんぐり返しができますか。 **はい いいえ**
- Can your child draw pictures from memory? **Yes / No**
 思い出して絵を書くことができますか。 **はい いいえ**
- Can your child identify the colors, red, yellow, green and blue? **Yes / No**
 色(赤、黄、緑、青)がわかりますか。 **はい いいえ**
- Does your child speak using correct pronunciation? **Yes / No**
 はっきりした発音で話ができますか。 **はい いいえ**
- Does your child use the toilet by himself/herself for bowel movements? **Yes / No**
 大便をひとりで行えますか。 **はい いいえ**
- Does your child enjoy group activities at his/her kindergarten or day care center? **Yes / No**
 幼稚園、保育所などの集団生活になじみ、楽しく過ごしていますか。 **はい いいえ**
- Does your child appear to consider the feelings of others or show a love of flowers and animals? **Yes / No**
 動物や花をかわいがったり、他人を思いやる気持ちを持っているようですか。 **はい いいえ**
- Does your child eat with the family? **Yes / No**
 家族と一緒に食事を食べていますか。 **はい いいえ**
- Does a parent/guardian complete the task of brushing the baby's teeth by giving a final thorough brushing? **Yes / No**
 保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 **はい いいえ**
- Does your child always suck his/her thumb? **No / Yes**
 いつも指しゃぶりをしていますか。 **いいえ はい**
- When you read a story to your child, does he/she understand the content? **Yes / No**
 お話を読んであげるとその内容が分かるようになりましたか。 **はい いいえ**
- Use the space below to write down any concerns about child-raising or any illness that required medical attention, or any other comments that you have.
 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。

Health Check-up for Your Child at Five Years Old

5歳健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)
 (年 月 日実施・ 歳 か月)

Weight: kg 体重	Height: cm 身長
Circumference of Head: cm 頭囲	Body Type: Heavy/Average/Thin 栄養状態: ふとり気味・普通・やせ気味
Eyes (Eye Position, Vision: Right () Left (), Others) Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 目の異常(眼位異常・視力: 右()・左()・その他): なし・あり・疑()	
Ears (Hearing, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 耳の異常(難聴・その他): なし・あり・疑()	
General Health: Healthy/Requires Monitoring 健康・要観察	

Overall Dental Health 歯の状態	6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6	Teeth: Healthy/Need Treatment 要治療のむし歯: なし・あり (Baby Teeth: Permanent Teeth:) (乳歯 本 永久歯 本)
	E D C B A A B C D E	Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ: きれい・ふつう・きたない
	E D C B A A B C D E	Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜: 異常なし・あり()
	6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6	Occlusion: Normal/Abnormal () 不正咬合: なし・要注意() Condition of the Mouth () 歯・口腔の疾病異常: () (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)

Recommendations: **指導事項**

Name of Medical Institution or Health Professional:
 施設名又は担当者名:

Health Record Until Next Check-up
 次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date	Age	Weight	Height	Recommendation	Name of Medical Institution or Health Professional
年月日	年齢	体重	身長	指導事項	施設名又は担当者名
		kg	cm		

Your Child's Condition at Six Years (Recorded on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).)

保護者の記録【6歳の頃】(年 月 日記録)

My child turned six years old on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day).
年 月 日で6歳になりました。

- Can your child stand for five to ten seconds on one leg? **Yes / No**
はい / いいえ
○片足で5～10秒間立っていますか。
- Can your child draw a square? **Yes / No**
はい / いいえ
○四角の形をまねて、書けますか。
- Does your child understand which is his/her left and right, front and back? **Yes / No**
はい / いいえ
○自分の「前後」「左右」がおおよそわかりますか。
- Can your child read or write his/her name? **Yes / No**
はい / いいえ
○ひらがなの自分の名前を読んだり、書いたりできますか。
- Is your child able to control his/her temper even when he/she wants a toy or a snack? **Yes / No**
はい / いいえ
○おもちゃやお菓子などをほしくても我慢できるようになりましたか。
- Does your child abide by the rules and regulations in games? **Yes / No**
はい / いいえ
○約束やルールを守って遊べますか。
- Has your child's first permanent tooth come in? **Yes / No**
はい / いいえ
○6歳臼歯(乳歯列の奥に生える永久歯)は生えましたか。
- Does a parent/guardian complete the task of brushing the baby's teeth by giving a final thorough brushing? **Yes / No**
はい / いいえ
○保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。
- Does your child have breakfast every morning? **Yes / No**
はい / いいえ
○朝食を毎日食べますか。
- Use the space below to write down any concerns about child-raising or any illness that required medical attention, or any other comments that you have.
○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。

Health Check-up for Your Child at Six Years Old

6歳健康診査

(Examination held on ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day) at the age of ____ years ____ months.)
(年 月 日実施・歳 か月)

Weight: kg 体重	Height: cm 身長
Circumference of Head: cm 頭囲	Body Type: Heavy/Average/Thin 栄養状態: ふとり気味・普通・やせ気味
Eyes (Eye Position, Vision: Right () Left (), Others) Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 目の異常(眼位異常・視力:右()・左()・その他):なし・あり・疑()	
Ears (Hearing, etc.): Normal/Abnormal/Possible Abnormality () 耳の異常(難聴・その他):なし・あり・疑()	
Immunizations (Circle the immunizations that have been received): BCG Polio Diphtheria/Pertussis/Tetanus Measles/Rubella Japanese Encephalitis 予防接種(受けているものに○を付ける): BCG ポリオ ジフテリア・百日せき・破傷風 麻疹・風しん 日本脳炎	
General Health: Healthy/Requires Monitoring 健康・要観察	

Overall Dental Health 歯の状態	6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6	Teeth: Healthy/Need Treatment 要治療のむし歯:なし・あり (Baby Teeth: Permanent Teeth:) (乳歯 本 永久歯 本)
	E D C B A A B C D E	Dental Hygiene: Good/Fair/Poor 歯の汚れ:きれい・ふつう・きたない
	E D C B A A B C D E	Gums/Membranes: Normal/Abnormal () 歯肉・粘膜:異常なし・あり()
	6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6	Occlusion: Normal/Abnormal () 不正咬合:なし・要注意() Condition of the Mouth () 歯・口腔の疾病異常: () (Examination Date: ____ (Year) ____ (Month) ____ (Day)) (年 月 日診査)

Recommendations:
指導事項

Name of Medical Institution or Health Professional:
施設名又は担当者名:

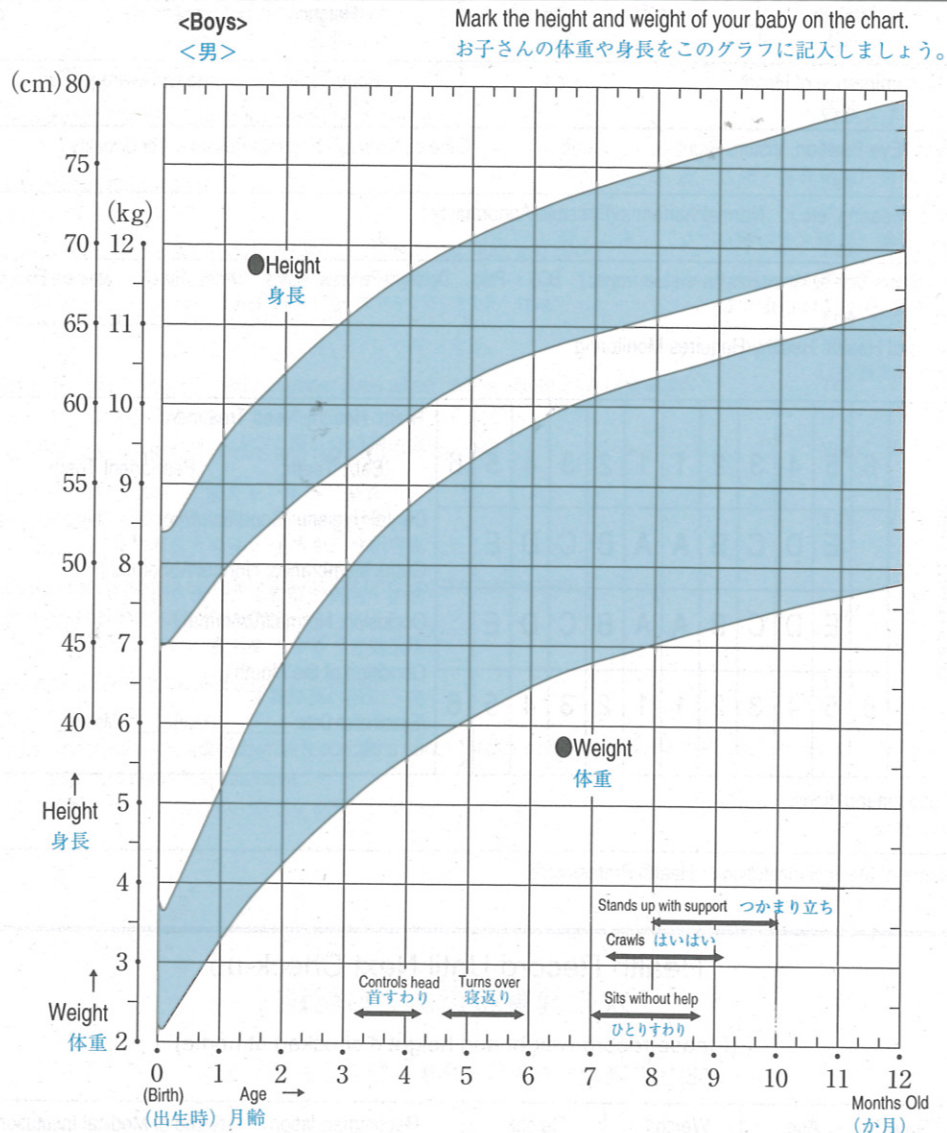
Health Record Until Next Check-up
次の健康診査までの記録

(Please record weight and height if checked at home)
(自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

Date 年月日	Age 年齢	Weight 体重	Height 身長	Recommendation 指導事項	Name of Medical Institution or Health Professional 施設名又は担当者名
		kg	cm		

Height and Weight Growth Curve for Infants (2000 Survey)

乳児身体発育曲線 (平成12年調査)

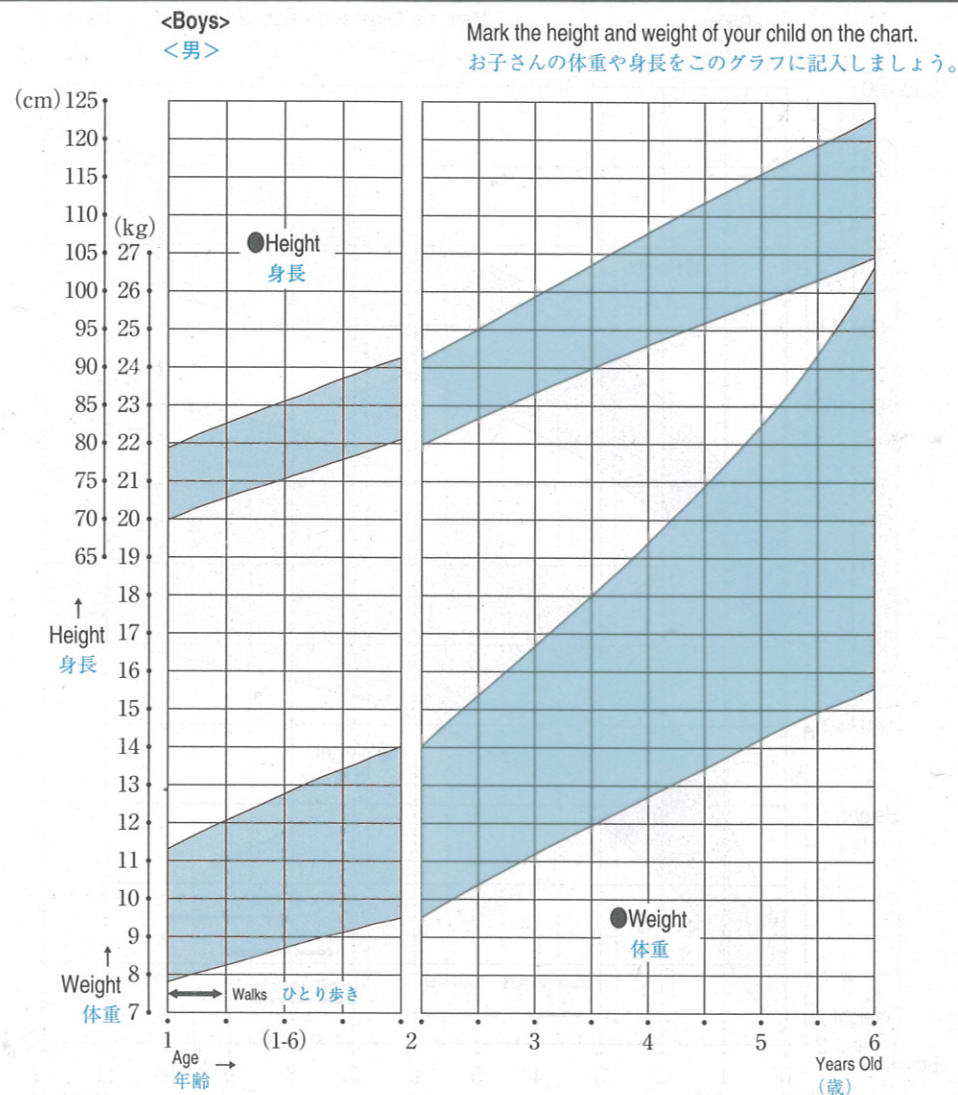


Arrows indicating head control, turning over, sitting, crawling, standing and walking show the period between the age at which 50% and the age at which 90% of boys can perform each action. Mark the age at which your child first perform these actions.

首すわり、寝返り、ひとりすわり、つかまり立ち、はいはい及びひとり歩きの矢印は、約半数の子どもができるようになる月・年齢から、約9割の子どもができるようになる月・年齢までの期間を表したものです。お子さんができるようになったときを矢印で記入しましょう。

Height and Weight Growth Curve for Children (2000 Survey)

幼児身体発育曲線 (平成12年調査)



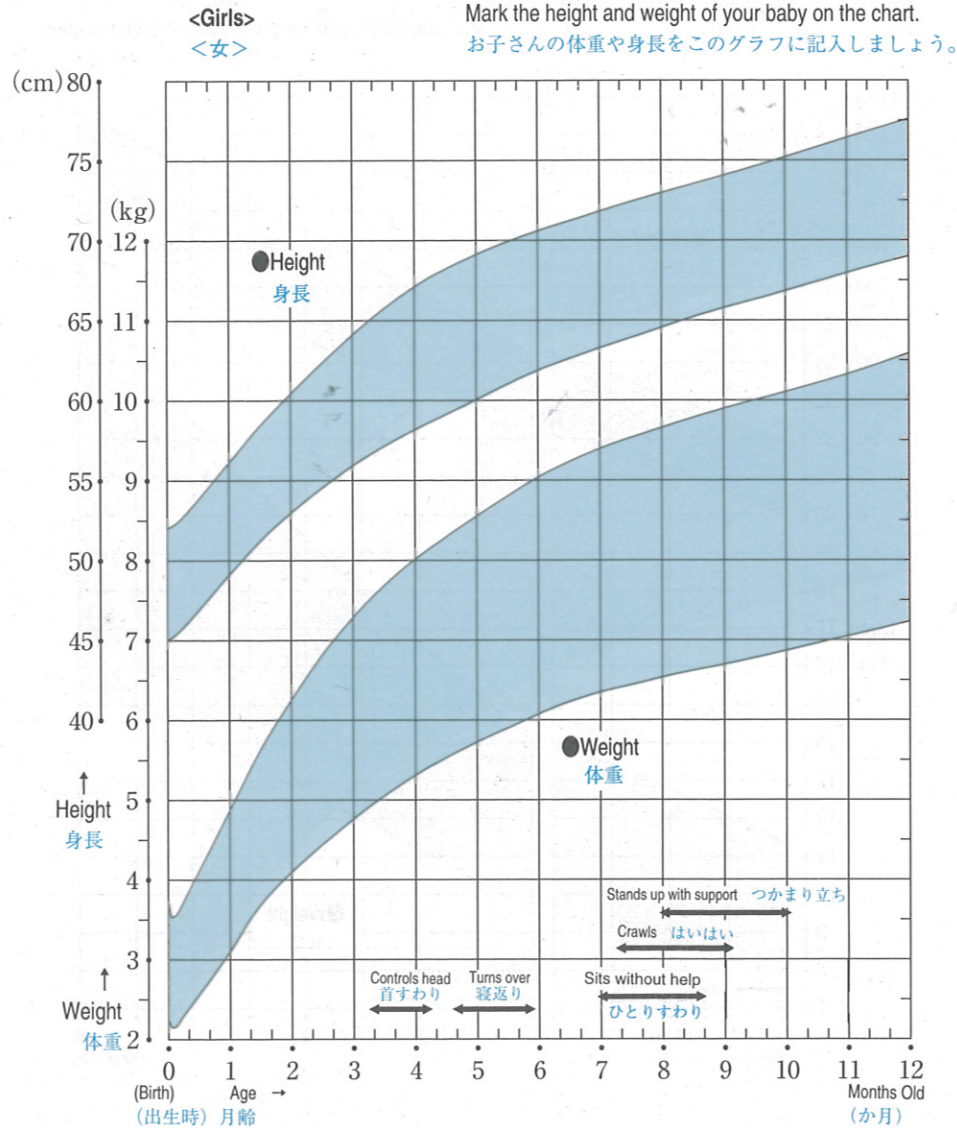
The height and weight of 94% of boys will fall within the shaded area in the above chart. There is a great range in the growth rate among children. It should be noted that these statistics show only the standard of Japanese children.

Note that the length of children under the age of two is measured while the child is lying down whereas the height of children two and older is measured while the child is standing.

身長と体重のグラフ：帯の中には、各月・年齢の94パーセントの子どもの値が入ります。乳幼児の発育は個人差が大きいです、このグラフを一応の目安としてください。

なお、2歳未満の身長は寝かせて測り、2歳以上の身長は立たせて測ったものです。

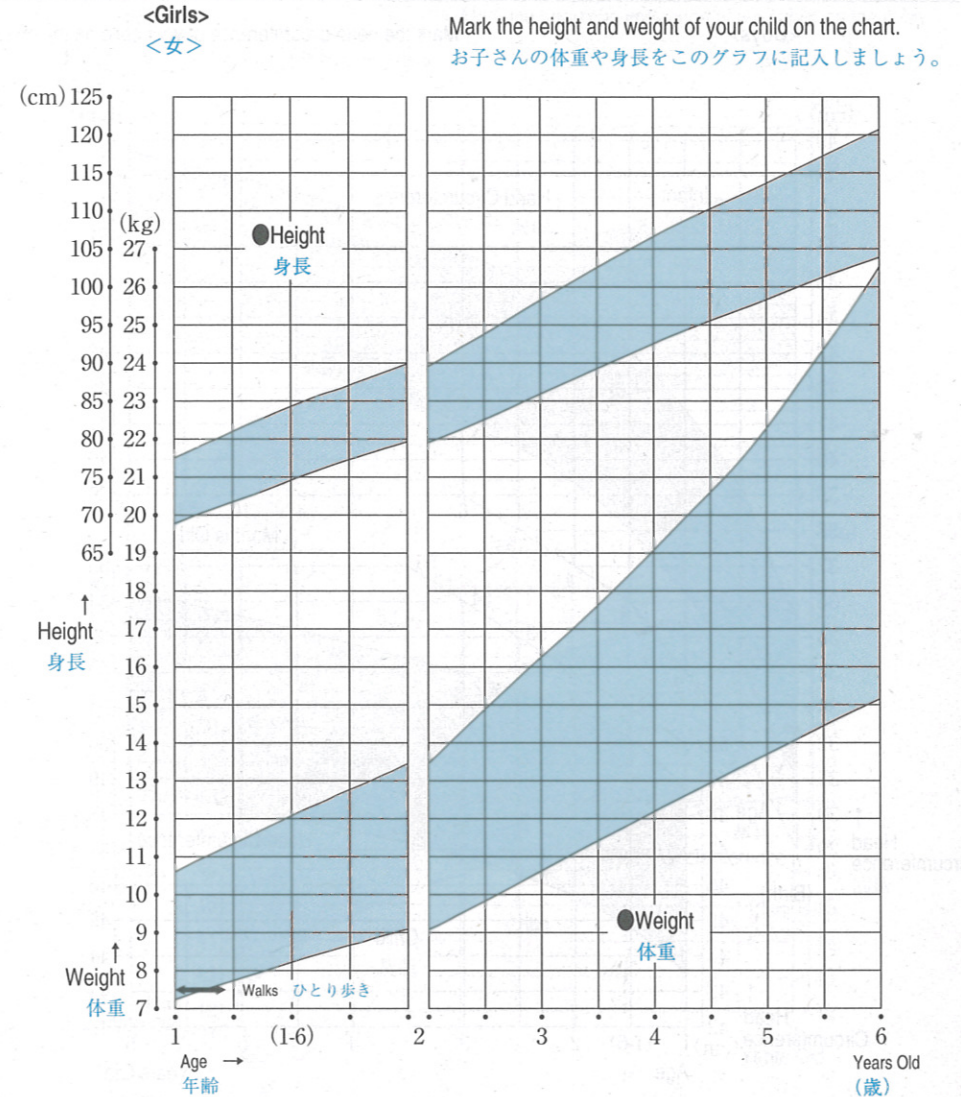
Height and Weight Growth Curve for Infants (2000 Survey)
乳児身体発育曲線 (平成12年調査)



Arrows indicating head control, turning over, sitting, crawling, standing and walking show the period between the age at which 50% and the age at which 90% of girls can perform each action. Mark the age at which your child first perform these actions.

首すわり、寝返り、ひとりすわり、つかまり立ち、はいはい及びひとり歩きの矢印は、約半数の子どもができるようになる月・年齢から、約9割の子どもができるようになる月・年齢までの期間を表したものです。お子さんができるようになったときに矢印で記入しましょう。

Height and Weight Growth Curve for Children (2000 Survey)
幼児身体発育曲線 (平成12年調査)



The height and weight of 94% of girls will fall within the shaded area in the above chart. There is a great range in the growth rate among children. It should be noted that these statistics show only the standard of Japanese children. Note that the length of children under the age of two is measured while the child is lying down whereas the height of children two and older is measured while the child is standing.

身長と体重のグラフ：帯の中には、各月・年齢の94パーセントの子どもの値が入ります。乳幼児の発育は個人差が大きいです、このグラフを一応の目安としてください。なお、2歳未満の身長は寝かせて測り、2歳以上の身長は立たせて測ったものです。

Chart of Head Circumference for Infants (2000 Survey)
乳幼児身体発育曲線 (平成12年調査)

<Boys>
<男>

Mark the head circumference of your child on the chart.
お子さんの頭囲をこのグラフに記入しましょう。

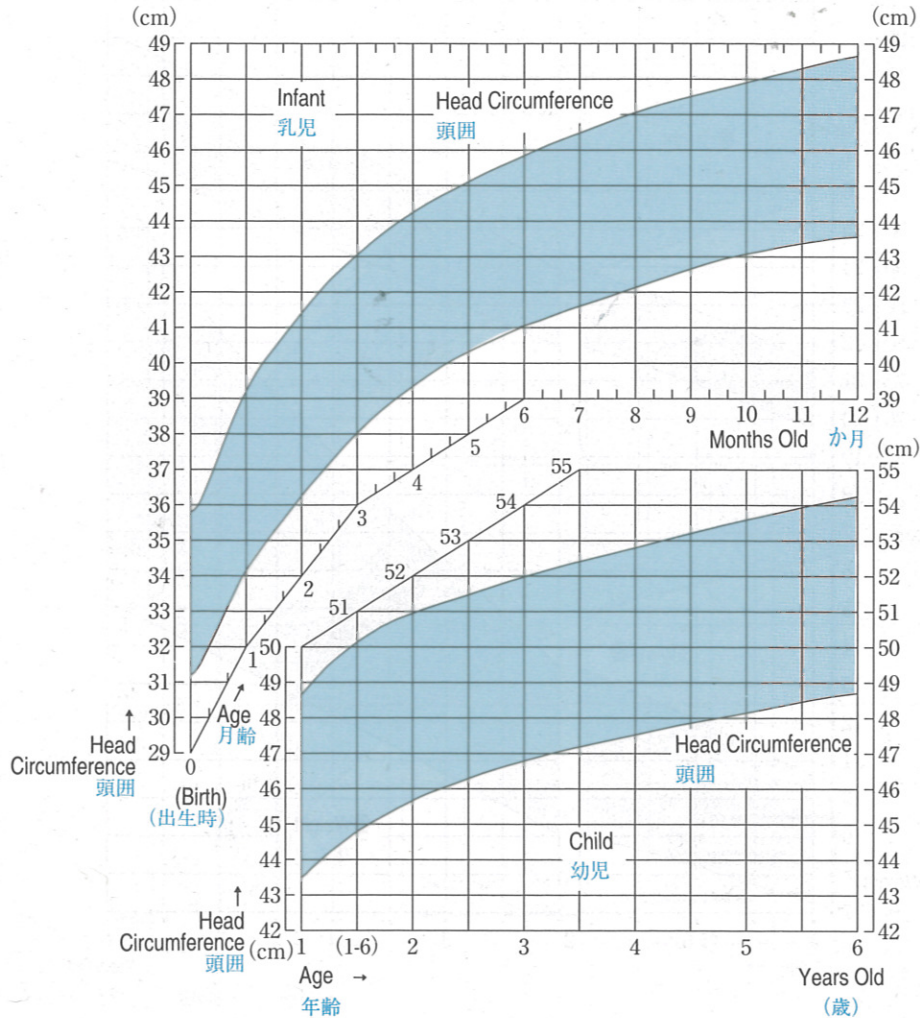


Chart for head circumference: 94% of infants are within the segmented area. Head circumference is measured directly above the eyebrow line.

頭囲のグラフ：帯の中に94パーセントの子どもの値が入ります。なお、頭囲は左右の眉の直上を通して測ったものです。

Chart of Head Circumference for Infants (2000 Survey)
乳幼児身体発育曲線 (平成12年調査)

<Girls>
<女>

Mark the head circumference of your child on the chart.
お子さんの頭囲をこのグラフに記入しましょう。

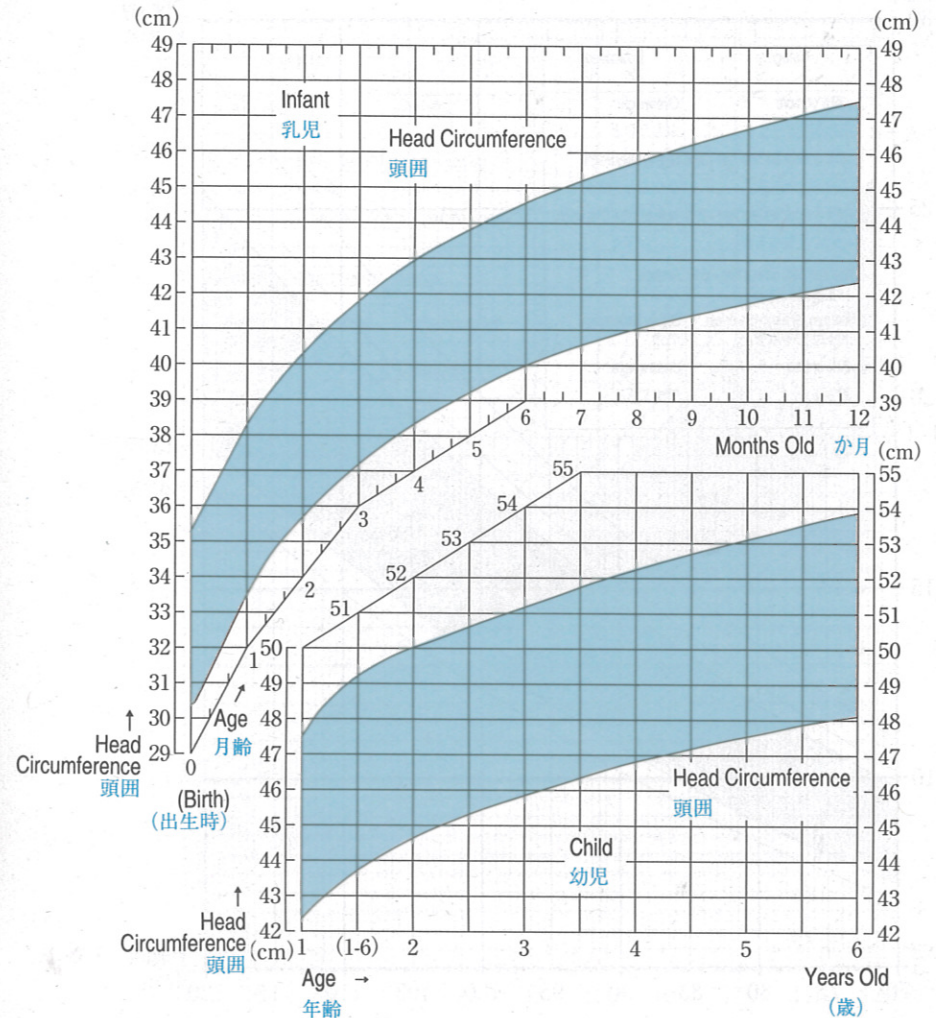
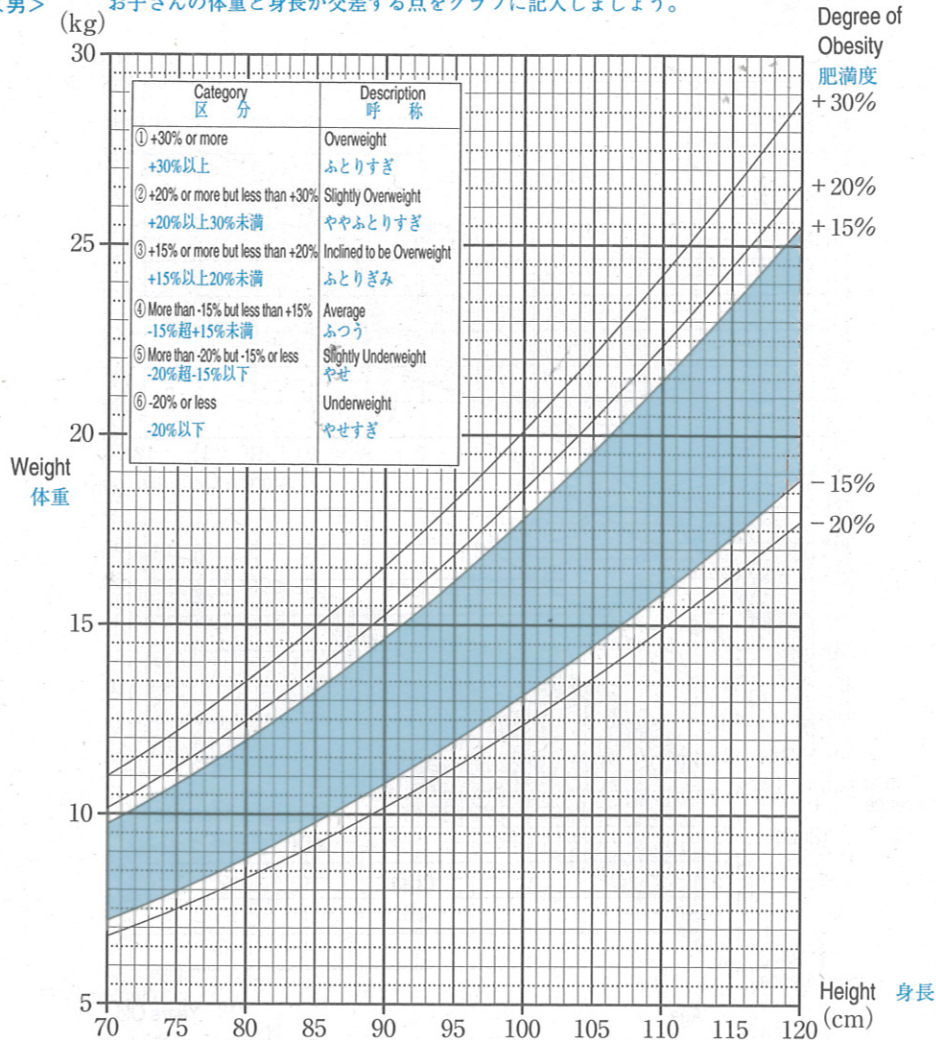


Chart for head circumference: 94% of infants are within the segmented area. Head circumference is measured directly above the eyebrow line.

頭囲のグラフ：帯の中に94パーセントの子どもの値が入ります。なお、頭囲は左右の眉の直上を通して測ったものです。

Height-Weight Chart for Children 幼児の身長体重曲線

<Boys> Mark your child's height and weight on the chart. (Connect the points where your child's height and weight intersect.)
<男> お子さんの体重と身長が交差する点をグラフに記入しましょう。

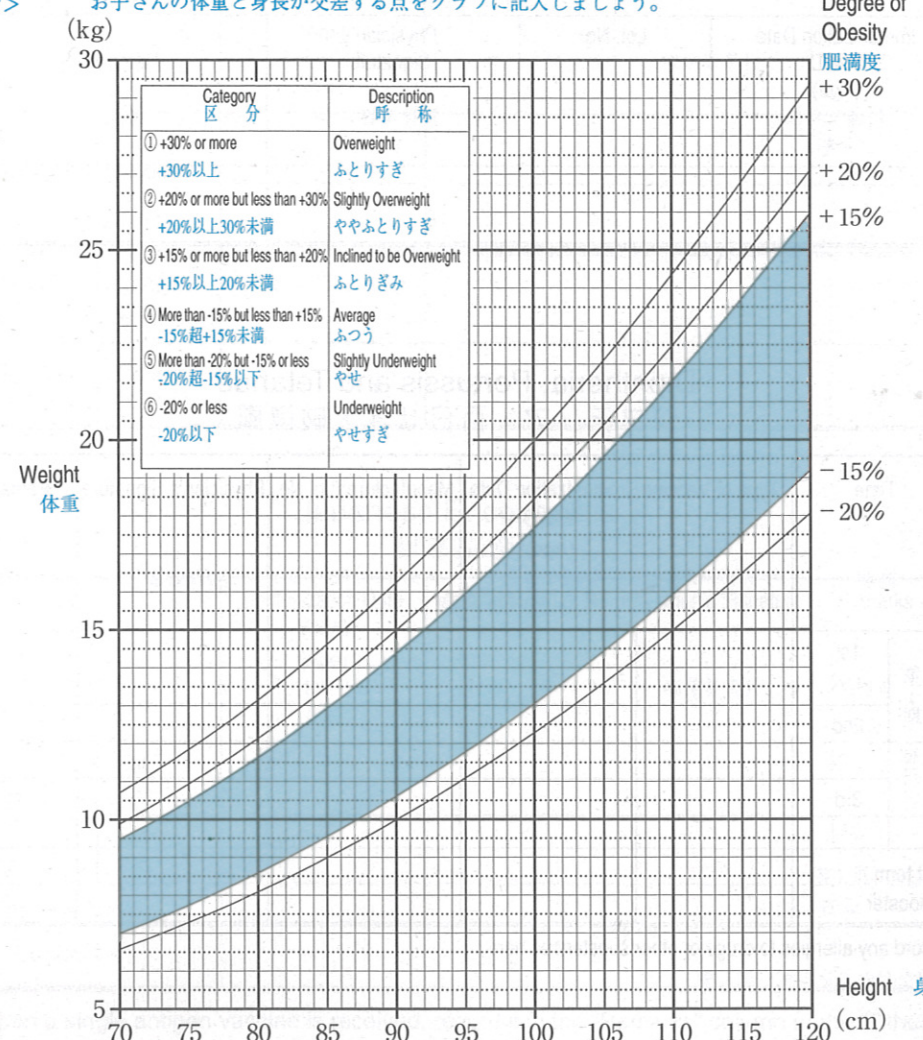


Even though your child's figure will change as he/she grows and there may be individual differences, this chart can be used as a rough guide to determine if your child is overweight or underweight. Even though your child's measurements may fall outside the "average" category, it does not necessarily mean that there is something wrong with your child. However, if you have any questions or concerns, consult your doctor. Mark this graph whenever your child has a physical exam and note the changes in your child's growth.

子どものからだつきは成長とともに変化する、個人差も大きいのですが、この曲線を肥満とやせの一応の目安としてください。「ふつう」に入らないからといってただちに異常というわけではありませんが、心配な場合は医師等に相談しましょう。身体計測を行ったときはこのグラフに記入し、成長に伴う変化をみるようにしましょう。

Height-Weight Chart for Children 幼児の身長体重曲線

<Girls> Mark your child's height and weight on the chart. (Connect the points where your child's height and weight intersect.)
<女> お子さんの体重と身長が交差する点をグラフに記入しましょう。



Even though your child's figure will change as he/she grows and there may be individual differences, this chart can be used as a rough guide to determine if your child is overweight or underweight. Even though your child's measurements may fall outside the "average" category, it does not necessarily mean that there is something wrong with your child. However, if you have any questions or concerns, consult your doctor. Mark this graph whenever your child has a physical exam and note the changes in your child's growth.

子どものからだつきは成長とともに変化する、個人差も大きいのですが、この曲線を肥満とやせの一応の目安としてください。「ふつう」に入らないからといってただちに異常というわけではありませんが、心配な場合は医師等に相談しましょう。身体計測を行ったときはこのグラフに記入し、成長に伴う変化をみるようにしましょう。

Immunization Record 予防接種の記録

BCG

Immunization Date Y/M/D (Age) 接種年月日 (年齢)	Lot. No. ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考

Diphtheria, Pertussis and Tetanus ジフテリア・百日せき・破傷風

Time	Type of Vaccine	Immunization Date Y/M/D (Age) 接種年月日 (年齢)	Manufacturer/Lot No. メーカー/ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考
1st term 第1期 初回	1st 1回				
	2nd 2回				
	3rd 3回				
	1st term 第1期 booster 追加				

Record any allergies to drugs or other substances here.

薬剤などのアレルギー記入欄

Vaccine	Immunization Date Y/M/D (Age) 接種年月日 (年齢)	Manufacturer/Lot No. メーカー/ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考
ワクチンの種類				
Polio (Oral Polio Vaccine) ポリオ				
Measles 麻疹 (はしか)	1st term 第1期			
Rubella 風しん	2nd term 第2期			

Japanese Encephalitis 日本脳炎

Time	Immunization Date Y/M/D (Age) 接種年月日 (年齢)	Manufacturer/Lot No. メーカー/ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考
時期				
1st term 第1期 初回	1st 1回			
	2nd 2回			
1st term 第1期 booster 追加				

* When a single antigen vaccine is received, record it in the "Remarks" column or the "Other Immunizations" column.

※単抗原で予防接種を受けた場合は、それが分かるように備考欄もしくはその他の予防接種欄に記入してください。

Dental Check-ups, Guidance and Preventive Care 歯の健康診査、保健指導、予防措置

Marks indicate: Healthy Teeth "I", Tooth Missing "Δ", Treated Teeth "O", Previously Untreated Cavities "C"
歯の状態記号：健全歯 / 喪失歯 Δ 処置歯 O 未処置むし歯 C

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Age of Check-up: Yrs. Mo. Old 診査時年齢 歳 か月 Guidance (Given/ Not given), Preventive Care (Given/ Not given) 指導 (有・無) 予防処置 (有・無) Other: その他
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	指導 (有・無) 予防処置 (有・無) Other: その他
Examined on ____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日 診査					Name of Institution or Dentist 施設名または歯科医師名					

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Age of Check-up: Yrs. Mo. Old 診査時年齢 歳 か月 Guidance (Given/ Not given), Preventive Care (Given/ Not given) 指導 (有・無) 予防処置 (有・無) Other: その他
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	指導 (有・無) 予防処置 (有・無) Other: その他
Examined on ____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日 診査					Name of Institution or Dentist 施設名または歯科医師名					

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Age of Check-up: Yrs. Mo. Old 診査時年齢 歳 か月 Guidance (Given/ Not given), Preventive Care (Given/ Not given) 指導 (有・無) 予防処置 (有・無) Other: その他
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	Malocclusion, Abnormal Frenulum, Fused Teeth, Other: 不正咬合、小帯異常、癒合歯、その他
Examined on ____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日 診査					Name of Institution or Dentist 施設名または歯科医師名					

6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	Age of Check-up: Yrs. Mo. Old 診査時年齢 歳 か月 Guidance (Given/ Not given) Preventive Care (Given/ Not given) 指導 (有・無) 予防処置 (有・無) Other: その他
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		指導 (有・無) 予防処置 (有・無) Other: その他
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		その他
6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	Malocclusion, Abnormal Frenulum, Fused Teeth: 不正咬合、小帯異常、癒合歯
Examined on ____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日 診査					Name of Institution or Dentist 施設名または歯科医師名							

6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	Age of Check-up: Yrs. Mo. Old 診査時年齢 歳 か月 Guidance (Given/ Not given) Preventive Care (Given/ Not given) 指導 (有・無) 予防処置 (有・無) Other: その他
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		指導 (有・無) 予防処置 (有・無) Other: その他
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		その他
6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	Malocclusion, Abnormal Frenulum, Fused Teeth: 不正咬合、小帯異常、癒合歯
Examined on ____ (Y) ____ (M) ____ (D) 年 月 日 診査					Name of Institution or Dentist 施設名または歯科医師名							

Circle the applicable number/letter for malocclusion, abnormal frenulum and fused teeth.
For the lower jaw, write the condition below the dental formula written on the upper side of each column.
不正咬合、小帯異常、癒合歯は前もって記入し、丸を打つ形式
下顎の歯式は上付きにしてその下に記入する

The Maternal and Child Health Handbook is for recording details related to your child's growth.
Please write down such information as the height and weight of your child, as well as his/her immunization history.
母子健康手帳は、子どもの成長発達の詳細を記録するための冊子です。小学校入学後も、身長体重の記録・予防接種履歴などを保護者自身で記入しましょう。

Your Child's Condition at Seven Years Old and Older 保護者の記録 (7歳以降)

Date 年月日	Age 年齢	Weight 体重 kg	Height 身長 cm	Remarks その他

Immunization Record 予防接種の記録

Type of Immunization 予防接種の種類	Immunization Date Y/M/D 接種年月日	Remarks 備考
Diphtheria and Tetanus (2nd term) ジフテリア・破傷風 (第2期)		
Japanese Encephalitis (2nd term) 日本脳炎 (第2期)		

Main Illnesses that Required Medical Attention (*) かかった主な病気 (※)

Illness 病名	Date and Year (Age) 年月日 (年齢)	Remarks 備考

* Use the space below to record any illness that required medical attention (such as rheumatism, diabetes, nephritis, congenital heart disease or Kawasaki disease).

※この欄には、既にかかっている主な病気 (リウマチ、糖尿病、腎炎、先天性心疾患、川崎病など) も記入しましょう。

Frequently Used Numbers

連絡先メモ

Your Childbirth Facility 分娩予定施設	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
Municipal Health Center 保健センター	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
Public Health Center 保健所	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
Physician 医師	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
Physician 医師	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
Dentist 歯科医師	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
Midwife 助産師	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	
	Name 名称	Tel. 電話
	Address 所在地	

First edition: 1995
 2008 version published in April, 2008
 Planned and edited by: Mothers' and Children's Health and Welfare Association
 Ichiro Kaneda, Chairman
 Editor: Toshihide Ei
 Published by: Mothers' and Children's Health Organization
 2-18-7, Sotokanda, Chiyoda-ku, Tokyo
 Tel: 03-4334-1188
 Fax: 03-4334-1181

[Based on Revised Maternal and Child Health Law Enforcement Regulations as of January 15, 2002, and on the Announcement (No. 0115001) of the Director of the Maternal and Child Health Division, Ministry of Health, Labour and Welfare. The final revise was based on Maternal and Child Health Law Enforcement Regulations as of February 8, 2008 and on the announcement (No. 0208002) of the Director of the Maternal and Child Health Division, Ministry of Health, Labour and Welfare.]

No reproduction permitted without authorization.

1995年初版
 2008年版 2008年4月発行
 企画・編集：(財)母子衛生研究会
 理事長 金田一郎
 編集人：江井俊秀
 発行：母子保健事業団
 東京都千代田区外神田2-18-7
 TEL 03-4334-1188
 FAX 03-4334-1181

[平成14年1月15日母子保健法施行規則改正及び厚生労働省母子保健課長通知(雇児母発第0115001号)に基づく。最終改正は平成20年2月8日母子保健法施行規則改正及び厚生労働省母子保健課長通知(雇児母発第0208002号)]
 不許複製



The Children's Charter

(Proclaimed on May 5, 1951)

Preamble

We, the people of Japan, in accordance with the spirit of the Constitution, do adopt this Charter to set forth proper attitudes toward children and thus bring about their well-being.

General Principles

The child is and shall be respected as a human being.

The child is and shall be given due regard as a member of society.

The child shall be brought up in a good environment.

Text

1. All children shall be assured healthy minds and bodies and shall be guaranteed freedom from want.
2. All children shall be entitled to be brought up in their own homes with proper love, knowledge and skill. Those children not having homes shall be brought up in an environment offering similar advantages.
3. All children shall be provided with adequate nourishment, housing and clothing and shall be protected against disease and injury.
4. All children shall be educated in accordance with their individuality and capacity and so guided that they will honestly and independently discharge their responsibilities as members of society.
5. All children shall be so guided in developing a love for nature, a respect for science and art, and acceptance of the value of morality.
6. All children shall be assured access to schooling and be provided with complete educational facilities.
7. All children shall be provided with the opportunity to receive vocational guidance and training.
8. All children shall be fully protected against exploitation in labor that their mental and physical development shall not be set back, their opportunities to receive education not be lost and that their lives as children not be hampered.
9. All children shall be assured access to wholesome recreational and cultural resources and be protected against harmful environments.
10. All children shall be protected against abuse, exploitation, neglect and other injurious treatment. Children who have committed wrongful acts shall be provided with adequate protection and guidance.
11. All children who have mental or physical handicaps shall be provided with appropriate medical care, education and protection.
12. All children shall be so guided that they may hold in common a spirit of love and sincerity and as good citizens devote themselves to the peace and culture of mankind.