

網膜芽細胞腫に関する乳幼児健診の情報

1) 母子保健法による規定

乳幼児健診は母子保健法に以下のように定められている

(健康診査)

第十二条 市町村は、次に掲げる者に対し、厚生労働省令の定めるところにより、健康診査を行わなければならない。

- 一 満一歳六か月を超え満二歳に達しない幼児
- 二 満三歳を超え満四歳に達しない幼児

◇ 上記以外の時期における健診は、各自治体の方針による(3～4 か月児、6～7 か月児、9～10 か月児健康診査など)

◇ 母子手帳の様式も厚生労働省令に基づいて定められている。(資料参照)

◇ 健診場所は集団検診や個別健診(各医療機関での健診)など自治体の方針による

2) 検討の現状

1 国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)【成育疾患克服等総合研究事業】

乳幼児の疾患疫学を踏まえたスクリーニング等の効果的実施に関する研究班

2 乳幼児健診関連学会による協議会での乳幼児健診委員会

3 各地域での検討会(東京都小児科医会など)

に眼科専門医が参加し、健診マニュアル作成などを実施中

様式第三号（第七条関係）

市町村（特別区）名

母子健康手帳

平成 年 月 日交付 No. _____

保護者の氏名：^{ふりがな} _____
: _____

子の氏名^{ふりがな} _____ (第 子)

生年月日：平成 年 月 日 性別： _____

保護者の記録【3～4か月頃】

(年 月 日記録)

乳
児

- 首がすわったのはいつですか。 (月 日頃)
 (「首がすわる」とは、支えなしで首がぐらつかない状態をいいます。)
- あやすとよく笑いますか。 はい いいえ
- 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。 いいえ はい
- 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。 はい いいえ
- 外気浴をしていますか。 はい いいえ
 (天気のよい日に薄着で散歩するなどしてあげましょう。)
- 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。

保護者の記録【6～7か月頃】 (年 月 日記録)

乳児

- 寝返りをしたのはいつですか。 (月 日頃)
- ひとりすわりをしたのはいつですか。 (月 日頃)
 (「ひとりすわり」とは、支えなくてもすわれることをいいます。)
- 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
- 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
- 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
- 離乳食を始めましたか。 はい いいえ
 (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。)
- 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
- 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。

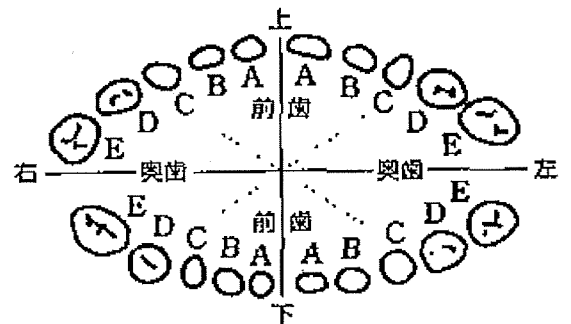
※ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりするときは眼の病気の心配があります。すぐに眼科医の診察を受けましょう。

<このページは1歳6か月児健康診査までに記入しておきましょう。>

保護者の記録【1歳6か月の頃】 (年 月 日記録)

幼児

- ひとり歩きをしたのはいつですか。 (歳 月頃)
- 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
- 自分でコップを持って水を飲みますか。 はい いいえ
- 哺乳ビンを使っていますか。 いいえ はい
(いつまでも哺乳ビンを使って飲むのは、むし歯につながるおそれがあるので、やめるようにしましょう。)
- 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
- 歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 はい いいえ
- 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ったりしますか。* いいえ はい
- うしろから名前を呼んだとき、振り向きますか。 はい いいえ
- どんな遊びが好きですか。 (遊びの例:)
- 歯にフッ化物(フッ素)の塗布や
フッ素入り歯磨きの使用をしていますか。 はい いいえ
- 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。



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。

※外に出た時に極端にまぶしがったり、目を細めたり、首を傾けたりするときは、目に異常のある可能性がありますので、眼科医に相談しましょう。

< 1歳6か月児健康診査は、全ての市区町村で実施されていますので、必ず受けましょう。 >

1 歳 6 か 月 児 健 康 診 査

(年 月 日実施・ 歳 か月)

体 重 . kg	身 長 . cm		
胸 囲 . cm	頭 囲 . cm		
栄養状態：良・要指導	母乳：飲んでいない・飲んでいる	離乳：完了・未完了	
目 の 異 常 (眼位異常・視力・その他)	なし・あり・疑 ()	耳の異常 (難聴・その他)	なし・あり・疑 ()
予防接種 (受けているものに○を付ける。)	Hib 小児肺炎球菌 B型肝炎 ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ BCG 麻しん 風しん 水痘		

健康・要観察

歯 の 状 態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	むし歯の罹患型：O ₁ O ₂ A B C 要治療のむし歯：なし・あり (本) 歯の汚れ：きれい・少ない・多い 歯肉・粘膜：異常なし・あり () かみ合わせ：よい・経過観察 (年 月 日診査)
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

特記事項

施設名又は 担当者名	
---------------	--

次の健康診査までの記録 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

年 月 日	年 齢	体 重	身 長	特 記 事 項	施設名又は 担当者名
		. kg	. cm		

※むし歯の罹患型 O₁：むし歯なし、歯もきれい O₂：むし歯なし、歯の汚れ多い
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

幼児

<このページは3歳児健康診査までに記入しておきましょう。>

保護者の記録【3歳の頃】 (年 月 日記録)

年 月 日で3歳になりました。

両親から3歳の誕生日のメッセージを記入しましょう。

幼児

- | | | | |
|--------------------------------------|-----|-----|---------|
| ○手を使わずにひとりで階段をのぼれますか。 | はい | いいえ | |
| ○クレヨンなどで丸(円)を書きますか。 | はい | いいえ | |
| ○衣服の着脱をひとりでできますか。 | はい | いいえ | |
| ○自分の名前が言えますか。 | はい | いいえ | |
| ○歯みがきや手洗いをしていますか。 | はい | いいえ | |
| ○歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 | はい | いいえ | |
| ○いつも指しゃぶりをしていますか。 | いいえ | はい | |
| ○よくかんで食べる習慣はありますか。 | はい | いいえ | |
| ○斜視はありますか。 | いいえ | はい | |
| ○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 | |
| ○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 | |
| ○かみ合わせや歯並びで気になることがありますか。 | いいえ | はい | |
| ○歯にフッ化物(フッ素)の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか。 | はい | いいえ | |
| ○ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか。 | はい | いいえ | |
| ○遊び友だちがいますか。 | はい | いいえ | |
| ○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。 | | | |

< 3歳児健康診査は、全ての市区町村で実施されていますので、必ず受けましょう。 >

3 歳 児 健 康 診 査

(年 月 日実施・ 歳 か月)

体 重 . kg	身 長 . cm
頭 囲 . cm	栄養状態：ふとり気味・普通・やせ気味
目の異常（眼位異常・視力・その他）：なし・あり・疑（ ）	
耳の異常（難聴・その他）：なし・あり・疑（ ）	
予防接種（受けているものに○を付ける。）	Hib 小児肺炎球菌 B型肝炎 ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ BCG 麻しん 風しん 水痘 日本脳炎

健康・要観察

歯 の 状 態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	むし歯の罹患型：O A B C ₁ C ₂ 要治療のむし歯：なし・あり（ 本） 歯の汚れ：きれい・少ない・多い 歯肉・粘膜：異常なし・あり（ ） かみ合わせ：よい・経過観察 （ 年 月 日診査）
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

幼児

特記事項

施設名又は 担当者名	
---------------	--

次の健康診査までの記録 (自宅で測定した身長・体重も記入しましょう。)

年 月 日	年 齢	体 重	身 長	特 記 事 項	施設名又は 担当者名
		. kg	. cm		

※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