

平成18年12月15日
厚生労働省

支援のための連携に関する検討会における事務局提言案に対する意見

(意見1)[下線部が追加部分]

1(3)「犯罪被害者支援ハンドブック・モデル案(仮称)」の作成に当たっては、「有識者並びに内閣府、警察庁、総務省、法務省、文部科学省、厚生労働省及び国土交通省において、「犯罪被害者支援ハンドブック・モデル案(仮称)」を作成する」とあるが、「有識者並びに警察庁、総務省、法務省、文部科学省、厚生労働省及び国土交通省の協力を得て、内閣府において、「犯罪被害者支援ハンドブック・モデル案(仮称)」を作成する」としてはいかがか。

(理由)作成主体を明確にする必要がある。

【内閣府意見】

ご指摘を踏まえ、修正することとしたい。

(意見2)[下線部が追加部分]

2「関係機関・団体へ伝達すべき犯罪被害者等に関する情報のガイドラインを作成するとともに、全国統一的な様式を定める必要がある。」とあるが、「有識者並びに警察庁、総務省、法務省、文部科学省、厚生労働省及び国土交通省の協力を得て、内閣府において、関係機関・団体へ伝達すべき犯罪被害者等に関する情報のガイドラインを作成するとともに、全国統一的な様式を定める必要がある。」としてはいかがか。

(理由)作成主体を明確にする必要がある。

【内閣府意見】

ご指摘を踏まえ、修正することとしたい。

(意見3)[下線部が追加部分]

4「支援に携わる者が満たすべき倫理綱領を作成する必要がある。」とあるが、「有識者並びに警察庁、総務省、法務省、文部科学省、厚生労働省及び国土交通省の協力を得て、内閣府において、支援に携わる者が満たすべき倫理綱領を作成する必要がある。」としてはいかがか。

(理由)作成主体を明確にする必要がある。

【内閣府意見】

ご指摘を踏まえ、修正することとしたい。

母子保健法施行規則（昭和四十年厚生省令第五十五号）

（母子健康手帳の様式）

第七条 母子健康手帳には、様式第三号に定める面のほか、次の各号に掲げる事項を示した面を設けるものとする。

- 一 日常生活上の注意、健康診査の受診勧奨、栄養の摂取方法、歯科衛生等妊産婦の健康管理に当たり必要な情報
- 二 育児上の注意、疾病予防、栄養の摂取方法等新生児の養育に当たり必要な情報
- 三 育児上の注意、疾病予防、栄養の摂取方法、歯科衛生等乳幼児の養育に当たり必要な情報
- 四 予防接種の種類、接種時期、接種に当たつての注意等予防接種に関する情報
- 五 母子保健に関する制度の概要、児童憲章等母子保健の向上に資する情報
- 六 母子健康手帳の再交付に関する手続等母子健康手帳を使用するに当たつての留意事項

保護者の記録【1か月頃】 (年 月 日記録)

年 月 日で1か月にになりました。

○裸にするとき手足をよく動かしますか。 はい いいえ
 ○お乳をよく飲みますか。 はい いいえ
 ○大きな目にピ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
 ○おへそはかわいていますか。 はい いいえ
 (ジクジクしている時は医師にみてもらいましょう。)
 ○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
 ○子育てについて困難を感じることはありませんか。 はい いいえ
 ○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。

※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下さい。

- 16 -

1 か月健康診査 (年 月 日実施・ 月 日)

体重	g	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm

栄養状態: 良・要指導 栄養法: 母乳・混合・人工

健康・医観察

指導事項

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	月齢	体重	身長	指導事項	施設名又は担当者名
		g	cm		

- 17 -

保護者の記録【6～7か月頃】 (年 月 日記録)

○返りをしますか。 はい いいえ
 ○おずわりをしますか。(7か月頃) はい いいえ
 (変えなくてもずられるようになった時: 月 日頃)
 ○からだのそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか。 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、すぐこちらを見ますか。 はい いいえ
 ○離乳食を喜んで食べていますか。 はい いいえ
 (そろそろ離乳食を2回にすめ、食品の種類をふやしていきましよう。7か月頃から舌でつぶせる固さになります。)
 ○はみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがありますか。 はい いいえ
 ○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。

※はみとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えるときは胆のうの心配があります。すぐに胆のうの診察を受けてください。

- 20 -

6～7か月健康診査 (年 月 日実施・ 月 日)

体重	g	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm

栄養状態: 良・要指導 栄養法: 母乳・混合・人工

離乳: 開始・再開 歯: 本

口の中の疾患や異常*: なし・あり()

健康・要観察

指導事項

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	月齢	体重	身長	指導事項	施設名又は担当者名
		g	cm		

※口の中の疾患や異常は、はし歯、歯ぐきの病気、不正咬合等を含みます

- 21 -

保護者の記録【3～4か月頃】 (年 月 日記録)

○首がすわりましたか。 はい いいえ
 (すわった時期: 月 日頃)
 ○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にかと気になりますか。 はい いいえ
 ○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ていますか。 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よう。)
 ○薄めた果汁やスープを飲ませていますか。 はい いいえ
 (5か月頃から離乳が始まります。)
 ○子育てについて困難を感じることはありませんか。 はい いいえ
 ○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。

- 18 -

3～4か月健康診査 (年 月 日実施・ 月 日)

体重	g	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm

栄養状態: 良・要指導 栄養法: 母乳・混合・人工

離乳準備: 開始・未開始 胎児部開閉制限: なし・あり

健康・医観察

指導事項

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	月齢	体重	身長	指導事項	施設名又は担当者名
		g	cm		

- 19 -

保護者の記録【9～10か月頃】 (年 月 日記録)

○はいはいをしますか。 はい いいえ
 (できるようになった時: 月 日頃)
 ○つかまり立ちができますか。 はい いいえ
 (できるようになった時: 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。)
 ○機嫌よくひとり遊びができますか。 はい いいえ
 ○離乳食は順調にすすんでいますか。 はい いいえ
 (離乳食を3回にすずましよう。9か月頃から歯ぐきでつぶせる固さになります。)
 ○そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか。 はい いいえ
 ○後退いをしますか。 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。 はい いいえ
 ○子育てについて困難を感じることはありませんか。 はい いいえ
 ○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。

当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。

- 22 -

9～10か月健康診査 (年 月 日実施・ 月 日)

体重	g	身長	cm
胸囲	cm	頭囲	cm

栄養状態: 良・要指導 離乳食は1日 回

歯()本 口の中の疾患や異常: なし・あり()

健康・要観察

指導事項

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	月齢	体重	身長	指導事項	施設名又は担当者名
		g	cm		

- 23 -

保護者の記録【1歳の頃】 (年 月 日記録)

年 月 日で1歳になりました。

○つたい歩きをしますか。 はい いいえ
(できるようになった時: 月 日頃)

○ハイハイ、コンニチなどの身振りをしますか。 はい いいえ

○テレビなどの音源に合わせて、からだを流しそくに動かしますか。 はい いいえ

○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

○相手になって遊んでやると喜びますか。 はい いいえ

○食事を3回、喜んで食べていますか。 はい いいえ
(食欲をなくさぬよう、また、むし歯予防のために、砂糖の多い食物を控えましょう。)

○どんな遊びが好きですか。(遊びの例:)

○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。

- 24 -

1歳健康診査 (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

1日に食事()回、おやつ()回 目の異常(屈折・その他)() ()

健康・要観察

歯の状況

指導事項

施設名又は担当者名:

次の健康診査までの記録 (自宅測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重	身長	指 導 事 項	施設名又は担当 者 名
		kg	cm		

- 25 -

保護者の記録【2歳の頃】 (年 月 日記録)

年 月 日で2歳になりました。

○走るができますか。 はい いいえ

○スプーンを使って自分で食べますか。 はい いいえ

○粘土で塔のようなものを作ったり、紙に並べて電車などにみて遊ぶことをしますか。 はい いいえ

○テレビや大人の身振りのまねをしますか。 はい いいえ

○2語文(ワンワンキタ、マンマ、チョコグライ)などを言いますか。 はい いいえ

○肉や野菜のある野菜を食べますか。 はい いいえ

○歯みがきの練習をはじめますか。 はい いいえ

○保育者が歯の仕上げみがきをしてあげてくれますか。 はい いいえ

○どんな遊びが好きですか。(遊びの例:)

○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。

- 28 -

2歳健康診査 (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(屈折・なし・あり・疑) 耳の異常(聴覚・その他)()

健康・要観察

歯の状況

指導事項

施設名又は担当 者 名:

次の健康診査までの記録 (自宅測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重	身長	指 導 事 項	施設名又は担当 者 名
		kg	cm		

- 29 -

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)

○ひとりでも上手に歩きますか。 はい いいえ
(ひとり歩きができるようになった時: 歳 月頃)

○ママ、プ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めますか。 はい いいえ

○歯ブラシを使っていますか。 はい いいえ
(歯ブラシを使って飲むのは、むし歯予防のためにやめるようにしましょう。)

○食事やおやつの時間はだいたい決まっていますか。 はい いいえ

○保育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

○歯痛にまぶしがったり、目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。 はい いいえ

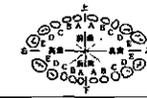
○うしろから名前を呼んだとき、振り返りますか。 はい いいえ

○どんな遊びが好きですか。(遊びの例:)

○子育てについて困難を感じることはありませんか。 はい いいえ 何ともいえません

○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



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

- 26 -

1歳6か月健康診査 (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: 飲んでいる・飲まない

目の異常(屈折・なし・あり・疑) 耳の異常(聴覚・その他)()

Fの検査(BCG・ポリオ・麻疹・風しん)

健康・要観察

歯の状況

指導事項

施設名又は担当 者 名:

次の健康診査までの記録 (自宅測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重	身長	指 導 事 項	施設名又は担当 者 名
		kg	cm		

むし歯の有無記号: ○:むし歯なし・歯もきれいな状態 ○:むし歯なし・歯もきれいな状態
A:奥歯または前歯にむし歯 B:奥歯と前歯にむし歯 C:上前歯にもむし歯

- 27 -

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。

○手を洗わずにひとりで階段をのぼれますか。 はい いいえ

○クレヨンなどで丸印を書きますか。 はい いいえ

○衣服の着脱をひとりでできたりしますか。 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

○歯痛にまぶしがったり、目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。 はい いいえ

○うしろから名前を呼んだとき、振り返りますか。 はい いいえ

○どんな遊びが好きですか。(遊びの例:)

○子育てについて困難を感じることはありませんか。 はい いいえ 何ともいえません

○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。

- 30 -

3歳健康診査 (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(屈折・視力・その他): なし・あり・疑 ()

耳の異常(聴覚・その他): なし・あり・疑 ()

健康・要観察

歯の状況

指導事項

施設名又は担当 者 名:

次の健康診査までの記録 (自宅測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重	身長	指 導 事 項	施設名又は担当 者 名
		kg	cm		

むし歯の有無記号: ○: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 C:上前歯にもむし歯

- 31 -

保護者の記録【4歳の頃】 (年 月 日記録)

年 月 日で4歳になりました。

○階段を2、3段の高さからとびおりたり
しますか。 はい いいえ

○片足でケンケンしてとびますか。 はい いいえ

○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。 はい いいえ

○お手本を見て十字が書けますか。 はい いいえ

○はさみを手で握れますか。 はい いいえ

○衣服のボタンがきますか。 はい いいえ

○友だちと、ごっこ遊びをしますか。 はい いいえ

○歯みがき、口ずさぎ、手洗いをしますか。 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。 はい いいえ

○いつも指しゃぶりをしていますか。 はい いいえ

○食べ物好き嫌いがありますか。 はい いいえ

○嫌いなもの例： ()

○おしっこをひとりでしますか。 はい いいえ

○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。

- 32 -

4歳健康診査 (年 月 日実施・ 歳 か月)

体重 kg 身長 cm

顔面 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：右()・左()・その他)：なし・あり・疑 ()

耳の異常 (聴覚・その他)：なし・あり・疑 ()

健康・観察

歯の 状態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	要治療の歯は：なし・あり (本) 歯の汚れ：きれい・ふつふつ・きたない 歯肉の状態：異常なし・あり () 歯の欠損：なし・あり () 歯の脱落： (年 月 日診察)
指導事項											

施設名又は・
担当者名・

次の健康診査までの記録
(自宅測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重	身長	指導事項	施設名又は 担当者名
		kg	cm		

- 33 -

保護者の記録【6歳の頃】 (年 月 日記録)

年 月 日で6歳になりました。

○片足で5～10秒間立っていられますか。 はい いいえ

○両足の形をまねて、書けますか。 はい いいえ

○自分の前後(左右)がおおよそ
わかりますか。 はい いいえ

○ひらがなの自分の名前を識んだり、
書いたりできますか。 はい いいえ

○おもちゃやお菓子をほくほくも我慢
できるようにできましたか。 はい いいえ

○約束やルールを守って遊べますか。 はい いいえ

○6歳百歩 (乳歯列の奥に生える永久歯)
は生えましたか。 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。 はい いいえ

○朝食を毎日食べますか。 はい いいえ

○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。

- 36 -

6歳健康診査 (年 月 日実施・ 歳 か月)

体重 kg 身長 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：右()・左()・その他)：なし・あり・疑

耳の異常 (聴覚・その他)：なし・あり・疑 ()

下の歯が生え始めたか？ BCG ガリコ ノリノリ歯 歯しん・歯しん B12
健康・観察

歯の 状態	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	要治療の歯は：なし・あり 歯の汚れ：きれい・ふつふつ・きたない 歯肉の状態：異常なし・あり () 歯の欠損：なし・あり () 歯の脱落： (年 月 日診察)
指導事項													

施設名又は・
担当者名・

次の健康診査までの記録
(自宅測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重	身長	指導事項	施設名又は 担当者名
		kg	cm		

- 37 -

保護者の記録【5歳の頃】 (年 月 日記録)

年 月 日で5歳になりました。

○でんぐり返しができますか。 はい いいえ

○思い出しで絵を書くことができますか。 はい いいえ

○色 (赤、黄、緑、青) がわかりますか。 はい いいえ

○はっきりした発音ができますか。 はい いいえ

○大便をひとりでしますか。 はい いいえ

○幼稚園、保育所などの集団生活になじみ、
楽しく遊んでいますか。 はい いいえ

○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

○家族と一緒に食事を食べていますか。 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。 はい いいえ

○いつも指しゃぶりをしていますか。 はい いいえ

○お話を読んであげるとその内容が分かる
ようになりますか。 はい いいえ

○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。

- 34 -

5歳健康診査 (年 月 日実施・ 歳 か月)

体重 kg 身長 cm

顔面 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：右()・左()・その他)：なし・あり・疑 ()

耳の異常 (聴覚・その他)：なし・あり・疑 ()

健康・観察

歯の 状態	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	要治療の歯は：なし・あり (本) 歯の汚れ：きれい・ふつふつ・きたない 歯肉の状態：異常なし・あり () 歯の欠損：なし・あり () 歯の脱落： (年 月 日診察)
指導事項													

施設名又は・
担当者名・

次の健康診査までの記録
(自宅測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	年齢	体重	身長	指導事項	施設名又は 担当者名
		kg	cm		

- 35 -

