

| (新)                                                                                                                       |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  | (旧) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>＜歯の健康診査や指導を受けるときは、持参して記入してもらいましょう。＞</p> <p>歯の健康診査、 保健指導、 予防処置</p> <p>歯の状態記 <u>健全歯</u>／ <u>むし歯（未処置歯）C</u> 処置歯○ 喪失歯△</p> |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <p>＜歯の健康診査や指導を受けるときは、持参して記入してもらいましょう。＞</p> <p>歯の健康診査、 保健指導、 予防処置</p> <p>歯の状態記号:健全歯／ <u>むし歯（未処置歯）C</u> 処置歯○ 喪失歯△</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>654321</div>                                                                                                         |  |  |  |  |  | <div>123456</div>    |  |  |  |  |  | 診査時年齢： 歳 か月<br>保健指導(有・無)<br>予防処置(有・無)<br>歯肉・粘膜<br>(異常なし・あり) |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>E D C B A</div>                                                                                                      |  |  |  |  |  | <div>A B C D E</div> |  |  |  |  |  | かみ合わせ<br>(よい・経過観察)                                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>E D C B A</div>                                                                                                      |  |  |  |  |  | <div>A B C D E</div> |  |  |  |  |  | 歯の汚れ・形態・色調<br>(異常なし・あり)                                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>654321</div>                                                                                                         |  |  |  |  |  | <div>123456</div>    |  |  |  |  |  | その他( )                                                      |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診査日： 年 月 日                                                                                                                |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診査施設名または歯科医師名                                                                                                             |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                           |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>654321</div>                                                                                                         |  |  |  |  |  | <div>123456</div>    |  |  |  |  |  | 診査時年齢： 歳 か月<br>保健指導(有・無)<br>予防処置(有・無)<br>歯肉・粘膜<br>(異常なし・あり) |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>E D C B A</div>                                                                                                      |  |  |  |  |  | <div>A B C D E</div> |  |  |  |  |  | かみ合わせ<br>(よい・経過観察)                                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>E D C B A</div>                                                                                                      |  |  |  |  |  | <div>A B C D E</div> |  |  |  |  |  | 歯の汚れ・形態・色調<br>(異常なし・あり)                                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>654321</div>                                                                                                         |  |  |  |  |  | <div>123456</div>    |  |  |  |  |  | その他( )                                                      |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診査日： 年 月 日                                                                                                                |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診査施設名または歯科医師名                                                                                                             |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                           |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 予備欄                                                                                                                       |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                           |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| -58                                                                                                                       |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| (旧)                                                                                                                 |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  | (新) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>＜歯の健康診査や指導を受けるときは、持参して記入してもらいましょう。＞</p> <p>歯の健康診査、 保健指導、 予防処置</p> <p>歯の状態記号:健全歯／ <u>むし歯（未処置歯）C</u> 処置歯○ 喪失歯△</p> |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <p>＜歯の健康診査や指導を受けるときは、持参して記入してもらいましょう。＞</p> <p>歯の健康診査、 保健指導、 予防処置</p> <p>歯の状態記 <u>健全歯</u>／ <u>むし歯（未処置歯）C</u> 処置歯○ 喪失歯△</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>654321</div>                                                                                                   |  |  |  |  |  | <div>123456</div>    |  |  |  |  |  | 診査時年齢： 歳 か月<br>保健指導(有・無)<br>予防処置(有・無)<br>歯肉・粘膜<br>(異常なし・あり) |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>E D C B A</div>                                                                                                |  |  |  |  |  | <div>A B C D E</div> |  |  |  |  |  | かみ合わせ<br>(よい・経過観察)                                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>E D C B A</div>                                                                                                |  |  |  |  |  | <div>A B C D E</div> |  |  |  |  |  | 歯の汚れ・形態・色調<br>(異常なし・あり)                                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>654321</div>                                                                                                   |  |  |  |  |  | <div>123456</div>    |  |  |  |  |  | その他( )                                                      |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診査日： 年 月 日                                                                                                          |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診査施設名または歯科医師名                                                                                                       |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>654321</div>                                                                                                   |  |  |  |  |  | <div>123456</div>    |  |  |  |  |  | 診査時年齢： 歳 か月<br>保健指導(有・無)<br>予防処置(有・無)<br>歯肉・粘膜<br>(異常なし・あり) |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>E D C B A</div>                                                                                                |  |  |  |  |  | <div>A B C D E</div> |  |  |  |  |  | かみ合わせ<br>(よい・経過観察)                                          |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>E D C B A</div>                                                                                                |  |  |  |  |  | <div>A B C D E</div> |  |  |  |  |  | 歯の汚れ・形態・色調<br>(異常なし・あり)                                     |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>654321</div>                                                                                                   |  |  |  |  |  | <div>123456</div>    |  |  |  |  |  | その他( )                                                      |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診査日： 年 月 日                                                                                                          |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診査施設名または歯科医師名                                                                                                       |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 予備欄                                                                                                                 |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| -58                                                                                                                 |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |                                                             |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| (新)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | (旧)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----|-----------|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|
| <div>相談したときの記録</div> <table><thead><tr><th>相談日時<br/>年 月 日</th><th>内容</th><th>備考（相談先など）</th></tr></thead><tbody><tr><td>年 月 日</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月 日</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月 日</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月 日</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月 日</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月 日</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 相談日時<br>年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 内容        | 備考（相談先など） | 年 月 日 |  |  | 年 月 日 |  |  | 年 月 日 |  |  | 年 月 日 |  |  | 年 月 日 |  |  | 年 月 日 |  |  | <div>相談したときの記録</div> <table><thead><tr><th>相談日時<br/>年 月 日</th><th>内容</th><th>備考（相談先など）</th></tr></thead><tbody><tr><td>年 月 日</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月 日</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月 日</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月 日</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月 日</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年 月 日</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> | 相談日時<br>年 月 日 | 内容 | 備考（相談先など） | 年 月 日 |  |  | 年 月 日 |  |  | 年 月 日 |  |  | 年 月 日 |  |  | 年 月 日 |  |  | 年 月 日 |  |  |
| 相談日時<br>年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 備考（相談先など） |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 相談日時<br>年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 備考（相談先など） |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |
| <div>◎地域の育児サポート</div> <p>育児に疲れてしまったときや病気になったときなどは、地域の育児サポートを利用するのも良いでしょう。具体的には、</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・保育所・認定こども園などでこどもを一時的に預かる「一時預かり」や「ショートステイ」</li><li>・月一定時間までの利用可能枠の中で、就労要件を問わず時間単位等で柔軟に利用できる「こども誰でも通園制度」</li><li>・地域における子育ての相互援助活動を行う「ファミリー・サポート・センター」</li><li>・妊娠、出産や子育てに関する相談・支援などを行う「こども家庭センター」</li><li>・こども家庭センターを補完し、妊産婦、子育て世帯、<u>こども</u>が気軽に相談できる「地域子育て相談機関」</li><li>・身近なところで子育て親子が気軽に集まって交流する場を設けて子育てに関する相談や地域の子育て情報を提供する「地域子育て支援拠点」</li><li>・子育てや<u>こども</u>との関わり方についてのペアレントトレーニング等を実施する「親子関係形成支援事業」</li><li>・家事・<u>子育て等に対して不安や負担を抱える子育て家庭、妊産婦、ヤングケアラー等に家事・子育て等の支援を行う</u>「子育て世帯訪問支援事業」等をはじめとした家庭訪問があります。</li></ul> <p>地域によっては、この他さまざまな子育て支援サービスを利用できる場合もあり、これらのサービスをはじめとした様々なニーズに即した必要な支援につなげますので、市区町村の保健、福祉、子育て支援、家庭教育支援の担当課にお問い合わせください</p> | <div>◎地域の育児サポート</div> <p>育児に疲れてしまったときや病気になったときなどは、地域の育児サポートを利用するのも良いでしょう。具体的には、</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・保育所・認定こども園などでこどもを一時的に預かる「一時預かり」や「ショートステイ」</li><li>・月一定時間までの利用可能枠の中で、就労要件を問わず時間単位等で柔軟に利用できる「こども誰でも通園制度」</li><li>・地域における子育ての相互援助活動を行う「ファミリー・サポート・センター」</li><li>・妊娠、出産や子育てに関する相談・支援などを行う「こども家庭センター」</li><li>・こども家庭センターを補完し、妊産婦、子育て世帯、<u>子ども</u>が気軽に相談できる「地域子育て相談機関」</li><li>・身近なところで子育て親子が気軽に集まって交流する場を設けて子育てに関する相談や地域の子育て情報を提供する「地域子育て支援拠点」</li><li>・子育てや<u>子ども</u>との関わり方についてのペアレントトレーニング等を実施する「親子関係形成支援事業」</li><li>・家事・<u>育児支援、育児指導、家庭教育支援などを行う</u>「子育て世帯訪問支援事業」等をはじめとした家庭訪問があります。</li></ul> <p>地域によっては、この他さまざまな子育て支援サービスを利用できる場合もあり、これらのサービスをはじめとした様々なニーズに即した必要な支援につなげますので、市区町村の保健、福祉、子育て支援、家庭教育支援の担当課にお問い合わせください</p> |           |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |           |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |       |  |  |

| (新)  |  |       |  | (旧)  |  |       |  |
|------|--|-------|--|------|--|-------|--|
|      |  |       |  |      |  |       |  |
| 名 称  |  | 連 絡 先 |  | 名 称  |  | 連 絡 先 |  |
| 名 称  |  | 連 絡 先 |  | 名 称  |  | 連 絡 先 |  |
| 名 称  |  | 連 絡 先 |  | 名 称  |  | 連 絡 先 |  |
| -66- |  |       |  | -66- |  |       |  |

| (新)                                                           |                 |                                        |  |  |  |  |  |     |                                                               | (旧)                 |        |                                        |  |  |  |  |     |  |  |
|---------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------|--|--|--|--|--|-----|---------------------------------------------------------------|---------------------|--------|----------------------------------------|--|--|--|--|-----|--|--|
| 連 絡 先 メ モ                                                     |                 |                                        |  |  |  |  |  |     |                                                               | 連 絡 先 メ モ           |        |                                        |  |  |  |  |     |  |  |
| 健診受診<br>施設                                                    | 名称              |                                        |  |  |  |  |  | 電話  | 健診受診<br>施設                                                    | 名称                  |        |                                        |  |  |  |  | 電話  |  |  |
|                                                               | 住所              |                                        |  |  |  |  |  |     |                                                               | 住所                  |        |                                        |  |  |  |  |     |  |  |
| 分娩予定<br>施設                                                    | 名称              |                                        |  |  |  |  |  | 電話  | 分娩予定<br>施設                                                    | 名称                  |        |                                        |  |  |  |  | 電話  |  |  |
|                                                               | 住所              |                                        |  |  |  |  |  |     |                                                               | 住所                  |        |                                        |  |  |  |  |     |  |  |
| 産科医療<br>補償制度<br>登録証                                           | 登録証交付日          | 西暦 20          年          月          日 |  |  |  |  |  |     |                                                               | 産科医療<br>補償制度<br>登録証 | 登録証交付日 | 西暦 20          年          月          日 |  |  |  |  |     |  |  |
|                                                               | 妊産婦管理<br>番号     |                                        |  |  |  |  |  |     | 妊産婦管理<br>番号                                                   |                     |        |                                        |  |  |  |  |     |  |  |
|                                                               | 出産した分娩機<br>関の名称 |                                        |  |  |  |  |  |     | 出産した分娩機<br>関の名称                                               |                     |        |                                        |  |  |  |  |     |  |  |
|                                                               | 分娩機関管理番<br>号    |                                        |  |  |  |  |  |     | 分娩機関管理番<br>号                                                  |                     |        |                                        |  |  |  |  |     |  |  |
| 小児科                                                           | 名称              |                                        |  |  |  |  |  | 電話  | 小児科                                                           | 名称                  |        |                                        |  |  |  |  | 電話  |  |  |
|                                                               | 住所              |                                        |  |  |  |  |  |     |                                                               | 住所                  |        |                                        |  |  |  |  |     |  |  |
| 歯科                                                            | 名称              |                                        |  |  |  |  |  | 電話  | 歯科                                                            | 名称                  |        |                                        |  |  |  |  | 電話  |  |  |
|                                                               | 住所              |                                        |  |  |  |  |  |     |                                                               | 住所                  |        |                                        |  |  |  |  |     |  |  |
|                                                               |                 |                                        |  |  |  |  |  |     |                                                               |                     |        |                                        |  |  |  |  |     |  |  |
| <input type="checkbox"/> 医療法 6 条の 4 の <u>3</u> による書面の交付と適切な説明 |                 |                                        |  |  |  |  |  | 説明日 | <input type="checkbox"/> 医療法 6 条の 4 の <u>2</u> による書面の交付と適切な説明 |                     |        |                                        |  |  |  |  | 説明日 |  |  |
| 助産所                                                           | 名称              |                                        |  |  |  |  |  | 連絡先 | 助産所                                                           | 名称                  |        |                                        |  |  |  |  | 連絡先 |  |  |
|                                                               | 助産師の氏名          |                                        |  |  |  |  |  |     |                                                               | 助産師の氏名              |        |                                        |  |  |  |  |     |  |  |
|                                                               |                 |                                        |  |  |  |  |  |     |                                                               |                     |        |                                        |  |  |  |  |     |  |  |

| (新)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                                                                                    |     | (旧)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 住所                                                 |                                                                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 住所                                                 |                                                                                      |     |
| 助産所で管理できる妊婦の状態（※）                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 助産師が管理できる妊婦               |                                                                                    |     | 助産所で管理できる妊婦の状態（※）                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 助産師が管理できる妊婦               |                                                                                      |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき妊婦 |                                                                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき妊婦 |                                                                                      |     |
| 連携して異常に対応する病院<br>又は診療所                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 名称                                                 |                                                                                    | 連絡先 | 連携して異常に対応する病院<br>又は診療所                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 名称                                                 |                                                                                      | 連絡先 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 住所                                                 |                                                                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 住所                                                 |                                                                                      |     |
| 連絡先（※助産所で分娩予定の場合に助産所にて記載）<br><br>※ 助産業務ガイドライン 2019 の「Ⅲ妊婦管理適応リスト」を参照して□に☑を記載すること。<br>〔こども医療電話相談事業〕<br>（電話番号： <b># 8 0 0 0</b> （全国同一の短縮ダイヤル））<br>休日、夜間のこどもの症状にどのように対処したら良いのか、病院を受診した方がよいのかなど判断に迷った時に、小児科医師・看護師から、お子さんの症状に応じた適切な対応の仕方や受診する病院等のアドバイスを受けられます。<br>※厚生労働省 ※（公社）日本小児科学会<br>「こども医療電話相談事業（#8000）について」 「こどもの救急」ホームページ |                                                    |                                                                                    |     | 連絡先（※助産所で分娩予定の場合に助産所にて記載）<br><br>※ 助産業務ガイドライン 2019 の「Ⅲ妊婦管理適応リスト」を参照して□に☑を記載すること。<br>〔こども医療電話相談事業〕<br>（電話番号： <b># 8 0 0 0</b> （全国同一の短縮ダイヤル））<br>休日、夜間のこどもの症状にどのように対処したら良いのか、病院を受診した方がよいのかなど判断に迷った時に、小児科医師・看護師から、お子さんの症状に応じた適切な対応の仕方や受診する病院等のアドバイスを受けられます。<br>※厚生労働省 ※（公社）日本小児科学会<br>「こども医療電話相談事業（#8000）について」 「こどもの救急」ホームページ |                                                    |                                                                                      |     |
|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    |  |     |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |  |     |

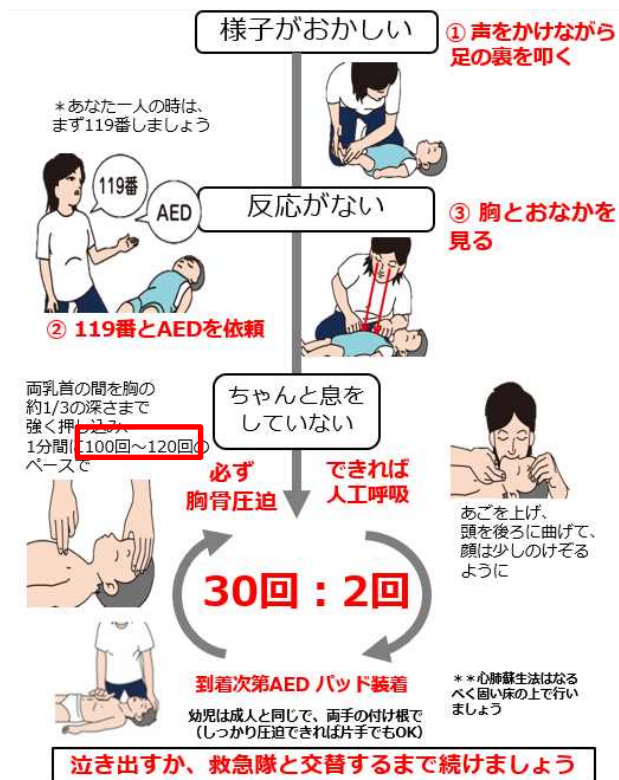
| (新)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | (旧)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div data-bbox="264 204 929 236"><p>食べ物や玩具など、ものがのどにつまった時の応急手当</p></div> <div data-bbox="129 284 1032 344"><p>乳幼児は、大人が思いもよらないものを口にします。食べ物や玩具等がのどにつまると、窒息する危険があります。</p></div> <div data-bbox="129 355 1052 488"><p>周囲の大人が、普段から乳幼児ののどに詰まりやすい大きさの目安（3歳児の最大口径 39 mm、口から喉の奥までの長さ 51 mm）を知り、窒息につながりやすい食べ物の注意点や玩具の取り扱いに関する注意書きをよく確認するとともに、すぐに対処できるように、応急手当について知っておく必要があります。</p></div> <div data-bbox="129 499 1003 525"><p>口の中に指を入れて取り出そうとすると、異物がさらに奥へ進んでしまうことがあります。</p></div> <div data-bbox="129 606 763 668"><p>◎歯ブラシの喉つき事故についての情報<br/>「<u>家族みんなで歯みがき習慣</u>」リーフレット（日本小児歯科学会）</p></div> <div data-bbox="174 711 315 852"></div> <div data-bbox="573 1396 622 1428"><p>-73-</p></div> | <div data-bbox="1238 204 1904 236"><p>食べ物や玩具など、ものがのどにつまった時の応急手当</p></div> <div data-bbox="1104 284 2007 344"><p>乳幼児は、大人が思いもよらないものを口にします。食べ物や玩具等がのどにつまると、窒息する危険があります。</p></div> <div data-bbox="1104 355 2027 488"><p>周囲の大人が、普段から乳幼児ののどに詰まりやすい大きさの目安（3歳児の最大口径 39 mm、口から喉の奥までの長さ 51 mm）を知り、窒息につながりやすい食べ物の注意点や玩具の取り扱いに関する注意書きをよく確認するとともに、すぐに対処できるように、応急手当について知っておく必要があります。</p></div> <div data-bbox="1104 499 1973 525"><p>口の中に指を入れて取り出そうとすると、異物がさらに奥へ進んでしまうことがあります。</p></div> <div data-bbox="1104 606 1939 668"><p>◎歯ブラシの喉つき事故についての情報<br/>「<u>楽しく安全に歯みがきをする習慣を身につけよう</u>」リーフレット（日本小児歯科学会）</p></div> <div data-bbox="1227 711 1270 738"><p>(表)</p></div> <div data-bbox="1202 756 1308 861"></div> <div data-bbox="1451 711 1494 738"><p>(裏)</p></div> <div data-bbox="1424 756 1529 861"></div> <div data-bbox="1547 1380 1597 1412"><p>-73-</p></div> |

(新)

## 心肺蘇生法

心肺蘇生法の基本は、胸骨圧迫と人工呼吸です。胸骨圧迫だけでも、人工呼吸だけでも、何かをするその勇気がお子さんの救命につながります。

様子がおかしいと思ったら助けを呼んで、以下の心肺蘇生法の手順を開始しましょう。



(監修) 日本小児呼吸器学会、日本小児救急医学会

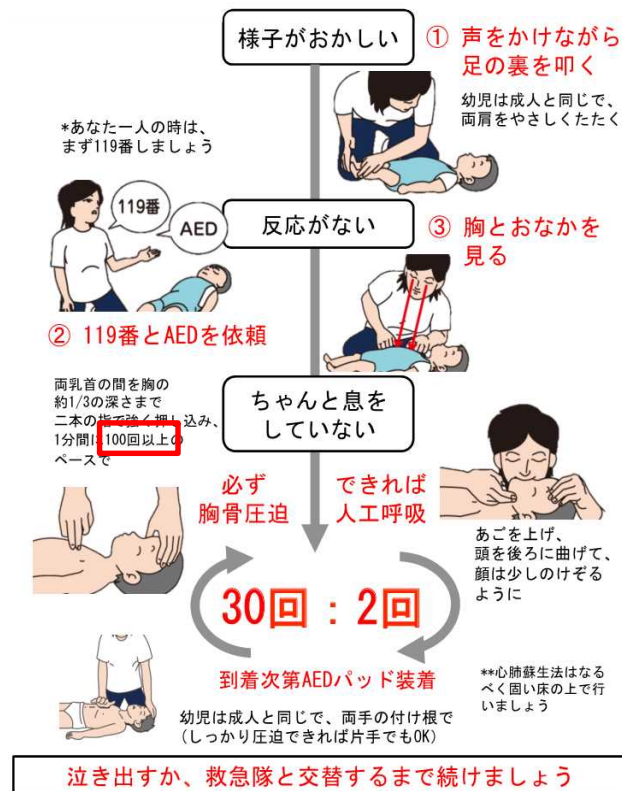
※消防機関等で応急処置の講習会が行われています。慣れておくと安心なので、参加してみましょう。

(旧)

## 心肺蘇生法

心肺蘇生法の基本は、胸骨圧迫と人工呼吸です。胸骨圧迫だけでも、人工呼吸だけでも、何かをするその勇気がお子さんの救命につながります。

様子がおかしいと思ったら助けを呼んで、以下の心肺蘇生法の手順を開始しましょう。



(監修) 日本小児呼吸器学会、日本小児救急医学会

※消防機関等で応急処置の講習会が行われています。慣れておくと安心なので、参加してみましょう。