

Cuestionario para la revisión médica para niños de 4-5 meses (tráigalo contestado.)

Cómo se lee Nombre del niño(a)	(Hombre/Mujer) (Primer/Segundo/Tercer hijo(a))	Nacido(a) el día de del
Dirección	Ciudad de Ayase	Teléfono ()
* Voy a hacer preguntas sobre la situación de su hijo(a) desde su nacimiento hasta la fecha. Marque la respuesta correspondiente con un O.		
1	Resultado de la prueba de errores innatos del metabolismo (Prueba del talón)	Normal/ Requiere examen minucioso ()/ No se ha hecho la prueba
2	¿Alguna vez ha sufrido alguna enfermedad que ameritó atención de un médico?	No/ Sí ()
3	¿Le preocupó algo en la revisión médica a un mes de nacido?	No/ Sí ()
4	Marque las vacunas que le han puesto con un O.	(Hib/ Neumococo/ Cuadrivalente)
* Voy a hacer preguntas sobre la situación de su hijo(a) en los últimos meses.		
1	¿Se ríe mucho al hacer gestos?	Sí/ No
2	Al llamar desde la dirección invisible, ¿intenta ver esa dirección?	Sí/ No
3	¿Tiene contacto visual?	Sí/ No
4	¿Agarra juguetes, por ejemplo, un sonajero?	Sí/ No
5	¿Juega usando las dos manos?	Sí/ No
6	¿Alguna vez ha sentido difícil llevar en brazos porque se pone tieso(a)?	No/ Sí
7	Cuando carga en los brazos, ¿mantiene la cabeza erguida?	Sí/ No
8	¿Lleva sus manos o un juguete a la boca y lame?	Sí/ No
9	¿Pasea frecuentemente?	Sí/ No
10	¿Toma bastante leche materna o leche de fórmula?	Sí/ No
	(Leche materna veces Leche de fórmula ml/vez)	
11	Además de la leche de fórmula (leche materna), ¿Qué le está dando?	(jugo de frutas/ sopa/ té/ otros)
12	¿Cuántas deposiciones tiene?	(veces/día)
13	¿Hay alguien que ayude el cuidado del hijo(a)?	Sí (esposo/ padres paternos/ padres maternos/ otros)/ No
	¿Alguna vez no sabe qué hacer porque no entiende por qué llora su hijo(a)?	Sí/ No
14	¿Frecuentemente detesta el cuidado de su hijo(a) porque es demasiado trabajo?	No/ Sí
15	Escriba si tiene alguna inquietud o consulta.	()

()

4～5か月児健康診査アンケート （記入してお持ちください）

フリガナ 児の氏名	(男・女) (第 子)	令和 年 月 日生
住 所	綾瀬市	電話 ()
* お子さまがうまれてからこれまでの状況についておたずねします。 該当するところに○印をつけてください。		
1	先天性代謝異常等検査（ガスリー法）の結果について	異常なし・要精密検査 () 受けていない
2	これまでに何か病気で医師にかかりましたか	いいえ・はい ()
3	1か月児健診で何か心配なことがありましたか	いいえ・はい ()
4	接種済みの予防接種に○をつけてください	(ヒブ・肺炎球菌・四種混合)
* お子さまの最近の状況についておたずねします		
1	あやすとよく笑いますか	はい・いいえ
2	見えない方から声をかけるとそちらの方を見ようとしますか	はい・いいえ
3	視線が合いますか	はい・いいえ
4	ガラガラなど、おもちゃを握りますか	はい・いいえ
5	両手を使って遊びますか	はい・いいえ
6	身体を硬くして抱きにくいと感じることがありますか	いいえ・はい
7	抱いているとき、首はすわっていますか	はい・いいえ
8	手やおもちゃを口にもっていき、なめたりしますか	はい・いいえ
9	散歩をよくしていますか	はい・いいえ
10	母乳やミルクをよく飲みますか	はい・いいえ
11	ミルク（母乳）以外に何かあげていますか	(母乳 回 ミルク ml/回) (果汁・スープ・お茶・その他)
12	便の回数は	(回/日)
13	育児の手伝いをしてくれる人がいますか	いる（夫・夫方父母・妻方父母・その他）・いない
14	お子さんがなぜ泣いているのか分からず困ってしまうことはありますか	はい・いいえ
15	育児が大変で嫌になることがよくありますか	いいえ・はい
16	何か気になることや相談したいことがあればご記入ください	()

()