

ແບບສອບຖາມກວດສຸກຂະພາບເດັກອາຍຸ 4~5 ເດືອນ (ຂຽນຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມນີ້ແລະເອົາມາຢືນ)

ໂຕອັກສອນນ້ອຍທີ່ຊື່ ບອກສຽງ ຊື່ແລະນາມສະກຸນ ຂອງເດັກ	(ຊ•ຍ) (ເດັກຜູ້ທີ)	ວັນເກີດ ເລວະ ປີ ເດືອນ ວັນທີ
ທີ່ຢູ່	ເມືອງອາຢາເຊ	ໝາຍເລກໂທ ()
*ຂໍອະນຸຍາດຖາມແຕ່ວ່າຕັ້ງແຕ່ເກີດເປັນຕົ້ນມາສະຖານະການຂອງລູກທ່ານຄືແນວໃດແດ່? ກະລຸນາໝາຍໂໃສ່ຫົວຂໍ້ທີ່ສອດຄ່ອງ		
1	ກ່ຽວກັບຜົນການທົດສອບສໍາລັບຄວາມຜິດປົກກະຕິການເຜົາຜານແຕ່ ກໍາເນີດແລະອື່ນໆ (Guthrie test)	ບໍ່ມີຜິດປົກກະຕິ•ຕ້ອງທົດສອບເຕີມອີກຢ່າງລະອຽດ ()
2	ທີ່ຜ່ານມາເຄີຍຮັບການປິ່ນປົວໂລກພະຍາດອັນໃດອັນໜຶ່ງຈາກທ່ານ ໝໍບໍ່?	ບໍ່ໄດ້ຮັບການທົດສອບ ບໍ່ເຄີຍ•ເຈົ້າເຄີຍໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ()
3	ມີເລື່ອງເປັນຫ່ວງອັນໃດອັນໜຶ່ງກ່ຽວກັບຜົນການກວດເດັກອາຍຸ 1 ເດືອນບໍ່?	ບໍ່ມີ•ມີ ()
4	ກະລຸນາໝາຍໂໃສ່ປະເພດການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດທີ່ລູກທ່ານ ໄດ້ຮັບການສັກຢາ	(ຮີບ•ປອດບວມ•DPT-IPV: ການປະສົມຂອງສີ່ ປະເພດ ຄື diphtheria-pertussis- poliomyelitis-tetanus vaccine)
*ຂໍຖາມແຕ່ສະຖານະການລ່າສຸດຂອງລູກທ່ານຄືແນວໃດ		
1	ຖ້າທ່ານຢອກລູກ, ຍິ້ມຫົວໃຫ້ເລື້ອຍໆບໍ່?	ເຈົ້າ•ບໍ່
2	ຖ້າເອິ້ນຊີ່ລູກຈາກທາງຫລັງ, ລູກຈະຫລຽວຫລັງບໍ່?	ເຈົ້າ•ບໍ່
3	ລູກຂອງທ່ານສາມາດສືບຕາກັນກັບເຈົ້າໄດ້ບໍ່?	ເຈົ້າ•ເຈົ້າ
4	ລູກເຈົ້າມັກຈັບເຄື່ອງຫຼິ້ນບໍ່? ເຊັ່ນ ເຄື່ອງຫຼິ້ນທີ່ສິ້ນແລ້ວອອກສຽງ	ເຈົ້າ•ເຈົ້າ
5	ລູກເຈົ້າຫຼິ້ນໃຊ້ດ້ວຍສອງມືບໍ່?	ເຈົ້າ•ເຈົ້າ
6	ບາງຄັ້ງບາງຄາວລູກທ່ານຮ່າງກາຍແຂງຫົດໂຕຈຶ່ງເຮັດໃຫ້ທ່ານອຸ້ມລູກຍາກລໍາບາກບໍ່?	ບໍ່•ເຈົ້າ
7	ໃນເວລາອຸ້ມລູກ, ລູກຂອງທ່ານສາມາດເໜັງຕີງຄໍຂອງຕົນເອງຢ່າງສະບາຍໂດຍຜູ້ອຸ້ມບໍ່ຕ້ອງຄ້າຊຸຫົວຂອງ ລູກບໍ່?	ເຈົ້າ•ບໍ່
8	ອິມມີແລະເອົາເຄື່ອງຫລິ້ນຈັບໃສ່ປາກບໍ່?	ເຈົ້າ•ບໍ່
9	ມັກຍ່າງຫຼິ້ນເລື້ອຍໆບໍ່?	ເຈົ້າ•ບໍ່
10	ມັກຕື່ມນົມແມ່ແລະນົມງົວເລື້ອຍໆບໍ່?	ເຈົ້າ•ບໍ່
11	ນອກຈາກນົມ (ນົມແມ່), ທ່ານໃຫ້ຕື່ມຫຍັງ?	(ນົມແມ່ ເທື່ອ ນົມ ml/ເທື່ອ) (ນໍ້າໝາກໄມ້•ຊຸບ•ຊາ•ແລະອື່ນໆ)
12	ຖ້າຍອດຈະລາມີ້ລະຈັກຄັ້ງ	(ຄັ້ງ/ມື້)
13	ມີຄົນຊ່ວຍລ້ຽງລູກບໍ່?	ມີ (ຜົວ•ປູ່ຍ່າ•ຕາຍາຍ•ແລະອື່ນໆ)•ບໍ່ມີ
14	ທ່ານເຄີຍມີບັນຫາໃນການເຂົ້າໃຈວ່າເປັນຫຍັງລູກຂອງທ່ານຈຶ່ງຮ້ອງໄຫ້?	ເຈົ້າ•ບໍ່
15	ທ່ານມີຄວາມຮູ້ສຶກບໍ່ຢາກລ້ຽງລູກເພາະວ່າມັນຫຍຸ້ງຍາກລໍາບາກ? ຄວາມຮູ້ສຶກແບບນີ້ມີເລື້ອຍໆບໍ່?	ບໍ່•ເຈົ້າ
16	ກະລຸນາຂຽນເລື່ອງເປັນຫ່ວງແລະຢາກຈະປຶກສາ.	()

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覚え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	()

()