

Questionário - Exame de saúde para crianças de 4 a 5 meses
(trazer preenchido)

Leitura em Kana Nome da criança	(M /F) (ordem do(a) filho(a)___)	Data de nascimento ano mês dia
Endereço	Cidade de Ayase	Telefone ()
*Perguntas sobre as condições do bebê desde o nascimento até o momento. Marcar com O o local apropriado.		
1 Sobre o resultado do teste de Erros Inatos do Metabolismo (método Guthrie)		Normal/Necessitou de Exame Detalhado () Não realizou o exame
2 Já teve que ir ao médico devido a alguma doença?		Não / Sim ()
3 No exame de saúde infantil para crianças de 1 mês, teve algo a se preocupar?		Não / Sim ()
4 Marcar com O as vacinas já tomadas.		(Hib, Pneumocócica, <i>Yonshukongou</i> (Difteria, Coqueluche, Tétano e Poliomielite))
*Perguntas sobre os comportamentos recentes da criança.		
1 A criança costuma rir com brincadeiras?		Sim / Não
2 Ao chamar de algum ponto que o bebê não consiga ver, costuma tentar olhar para essa direção?		Sim / Não
3 A visão está direcionada? Há comunicação visual?		Sim / Não
4 Consegue segurar brinquedos como chocalhos?		Sim / Não
5 Consegue brincar usando as duas mãos?		Sim / Não
6 As vezes já sentiu o corpo do bebê rígido e difícil de pegar no colo?		Não / Sim
7 Quando pega no colo, a cabeça do bebê fica na posição vertical sem suporte?		Sim / Não
8 Consegue levar as mãos ou brinquedos à boca e lambe?		Sim / Não
9 Você costuma passear (caminhar em ar puro) com o bebê no colo?		Sim / Não
10 O bebê está tomando leite materno ou leite preparado com frequência?		Sim / Não
	(Leite materno vezes Leite preparado ml/vez)	
11 Você está dando outras bebidas além de leite materno (ou leite preparado)?		(Suco de frutas / sopa / chá / outros)
12 Qual a frequência de fezes?		(vezes/dia)
13 Tem alguém ajudando a cuidar do bebê?		Sim (marido/avô, avó por parte do marido/avô, avó por parte da mãe/outros) / Não
Há ocasiões em que você não consegue saber o motivo do choro da criança?		Sim / Não
14 Você costuma sentir não querer mais cuidar do bebê devido a dar muito trabalho?		Não / Sim
Caso tenha alguma preocupação ou algo a consultar, favor escrever na coluna abaixo. ()		

()

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	()

()