

Khảo sát khám sức khỏe cho trẻ từ 4 ~ 5 tháng tuổi
(Vui lòng điền thông tin và chăm theo)

| | | | | |
|--|--|---|-----------|------------------|
| Họ tên Furigana của trẻ | (Nam/Nữ) (Con thứ.....) | Sinh ngày | tháng | năm |
| Địa chỉ | Thành phố Ayase | Điện thoại | (|) |
| *Khảo sát về tình trạng của trẻ từ khi sinh ra cho đến bây giờ. Hãy khoanh O vào các mục phù hợp. | | | | |
| 1 | Kết quả sàng lọc bệnh lý sơ sinh (phương pháp Guthrie) | Không có bất thường/Cần kiểm tra chuyên sâu () | | |
| 2 | Cho đến nay trẻ đã phải đi khám bác sĩ vì bệnh gì chưa? | Không kiểm tra Không/Có () | | |
| 3 | Bạn có gì lo lắng khi cho con đi khám lúc 1 tháng tuổi không? | Không/Có () | | |
| 4 | Khoanh O vào các mũi tiêm chủng đã tiêm | (HIB/Phế cầu/hỗn hợp 4 loại) | | |
| *Khảo sát về tình trạng của trẻ gần đây | | | | |
| 1 | Bé có hay cười khi được ẵm bế không? | Có/Không | | |
| 2 | Nếu bạn cất tiếng gọi bé từ hướng bé không nhìn thấy thì bé có cố gắng nhìn về hướng đó không? | Có/Không | | |
| 3 | Bé có nhìn vào mắt bạn không? | Có/Không | | |
| 4 | Bé có cầm các đồ chơi như lục lạc... không? | Có/Không | | |
| 5 | Bé có chơi bằng cả hai tay không? | Có/Không | | |
| 6 | Bạn có thấy bé có lúc nào bị cứng người, khó bế không? | Không/Có | | |
| 7 | Khi được bế, cổ bé có vững không? | Có/Không | | |
| 8 | Bé có cho tay hoặc đồ chơi vào miệng và liếm không? | Có/Không | | |
| 9 | Bạn có cho bé đi dạo nhiều không? | Có/Không | | |
| 10 | Bé có bú sữa mẹ hoặc sữa bình nhiều không? | Có/Không | | |
| | | (Sữa mẹ | lần | Sữa bình ml/lần) |
| 11 | Ngoài sữa bình (Sữa mẹ), bạn còn cho bé uống gì không? | (Nước hoa quả/súp/trà/các loại khác) | | |
| 12 | Số lần đại tiện | (| lần/ngày) | |
| 13 | Có ai giúp bạn chăm sóc bé không? | Có (Chồng/Bố mẹ chồng/Bố mẹ đẻ/Người khác)/Không có | | |
| 14 | Bạn có từng thấy bối rối khi không biết tại sao bé khóc không? | Có/Không | | |
| 15 | Bạn có thường cảm thấy chăm con vất vả và thấy chán ghét không? | Không/Có | | |
| 16 | Hãy ghi điều bạn lo lắng hoặc muốn được tư vấn. (| | |) |

()

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 | () |

()