

ແບບສອບຖາມກວດແຂ້ວເດັກອາຍຸປີ6ເດືອນ (ຂຽນຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມນີ້ແລະເອົາມາຍົກ)

ໂຕອັກສອນນ້ອຍທີ່ຊື່ບອກສຽງ ຊື່ແລະນາມສະກຸນຂອງເດັກ	(ລູກຜູ້ທີ) (ຊ.ຍ)	ເກີດ ເລວະ ປີ	ເດືອນ	ວັນທີ			
ທີ່ຢູ່	ເມືອງອາຢາເຊ	ໝາຍເລກໂທລະສັບ	()				
*ຂໍຖາມແດ່ວ່າສະຖານະການທີ່ຜ່ານມາຂອງລູກທ່ານເປັນຄືແນວໃດ?							
1	ເມື່ອໃດເລີ່ມຕົ້ນຍ່າງ?	(ເດືອນ)				
2	ປະມານຕອນໃດທີ່ເລີ່ມຕົ້ນເວົ້າໄດ້?	(ເດືອນ)				
3	ເຄີຍເປັນພະຍາດຫຍັງແດ່?	ເຈົ້າ•ບໍ່					
		(ຊື່ພະຍາດ)				
4	ເຄີຍຕິດພະຍາດປະເພດຕ່າງໆທີ່ຂຽນໃສ່ຢູ່ໃນເບື້ອງຂວານີ້ບໍ່?	(ໂລກຫັດເຢຍລະມັນ:rubella•ອີສຸກອີໃສ•ໄອໄກ່•ໂລກໜາກເບີດ•ພະຍາດໜາກແດງ: Measles)					
5	ເຄີຍມີອຸບັດຕິເຫດຈຶ່ງໄປຮັບການປິ່ນປົວຢູ່ສະຖາບັນການແພດບໍ່	(ລີ້ມ•ບາດແຜຕ່າ•ບາດແຜຖືກຕັດ•ກິນຫລົງຜິດ•ຈິມນ້ຳ•ອຸບັດຕິເຫດເທິງຖະໜົນ)					
*ກະລຸນາຂຽນຕາຕະລາງເວລາມື້ໜຶ່ງຂອງລູກທ່ານ							
	•ເວລານອນ	△	~ 24	6	12	18	24~
	•ກິນອາຫານ	○					
	•ກິນເຂົ້າໜົມ	×					
*ກະລຸນາໝາຍກາວໃສ່ຂໍ້ທີ່ສອດຄ່ອງ							
1	ສາມາດຍ່າງຜູ້ດຽວຢ່າງເກັ່ງບໍ່?				ເຈົ້າ•ບໍ່		
2	ຈັບສໍດ້າຂຽນອັນໃດອັນໜຶ່ງບໍ່?				ເຈົ້າ•ບໍ່		
3	ກ່ຽວກັບການຫລິ້ນ						
	•ມັກຫລິ້ນກັບໃຜ?	(ແມ່•ພໍ່•ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງ•ໝູ່ເພື່ອນ•ປູ່ຍ່າຕາຍາຍ•ແລະອື່ນໆ)					
	•ມັກຫລິ້ນຢູ່ບ່ອນໃດ?	(ໃນເຮືອນ•ອ່ອມຮອບຂອງເຮືອນ•ສວນສາທາລະນະ•ເຮືອນຂອງໝູ່ເພື່ອນ•ແລະອື່ນໆ)					
	•ມັກເບິ່ງໂທລະພາບແລະວິດີໂອບໍ່?	ເຈົ້າ (ຊົ່ວໂມງ/ມື້)	•ບໍ່			
4	ເວົ້າຄໍາສັບທີ່ມີຄວາມໝາຍ ເຊັ່ນ ປາປ່າ (ພໍ່), ມາມ່າ(ແມ່), ບຸບູ(ລິດ) ບໍ່?				ເຈົ້າ•ບໍ່		
	ນອກຈາກນີ້ ຄໍາສັບທີ່ຍັງສາມາດເວົ້າໄດ້ ແມ່ນ ()		
5	ຖ້າຖາມວ່າ “ໂຕໝາຢູ່ໃສແດ່” ລູກຂອງທ່ານສາມາດຊີ້ໂຕໝາຢູ່ໃນປື້ມປະກອບຮູບໄດ້ບໍ່?				ເຈົ້າ•ບໍ່		
6	ເຖິງແມ່ນວ່າເອີ້ນຊື່ລູກດ້ວຍສຽງເບິ່ງກໍຕາມ ລູກເຈົ້າຫລຽວຫລັງໄດ້ບໍ່?				ເຈົ້າ•ບໍ່		
7	ແມ່ຮູ້ສຶກມີຄວາມສຸກຢູ່ນຳລູກບໍ່?	ເຈົ້າ ()•ບໍ່		
8	ມີຄົນຊ່ວຍລ້ຽງເດັກບໍ່?		ມີ (ສາມີ•ປູ່ຍ່າ•ຕາຍາຍ•ແລະອື່ນໆ)		•ບໍ່ມີ		
9	ກ່ຽວກັບຢາສຸບ						
	•ແມ່ (ສຸບຢາ•ບໍ່ສຸບຢາ•ເຊົາສຸບຢາ)			•ຄອບຄົວ (ສຸບ•ບໍ່ສຸບ)			
10	ແລະອື່ນໆ,ມີເລື່ອງທີ່ເປັນຫ່ວງແລະຢາກປຶກສາບໍ່?				ເຈົ້າ•ບໍ່		
	()		

(ມີດ້ານຫລັງ. ກະລຸນາຂຽນໃສ່)

ລາຍເຊັນຂອງພະຍາບານສາທາລະນະສຸກ ()

ແບບສອບຖາມການກວດແຂ້ວແລະສານອາຫານຂອງເດັກອາຍຸ 1 ປີ 6 ເດືອນ (ກະລຸນາຂຽນແລະເອົາມາຢືນ)

1 ກ່ຽວກັບອາຫານການກິນ, ທ່ານມີເລື່ອງທີ່ເປັນຫ່ວງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ່? (ຖ້າວ່າມີຫຼາຍຂໍ້, ທ່ານສາມາດເລືອກເອົາຫລາຍຂໍ້ກໍໄດ້)		1 ກິນແຕ່ຈຳນວນໜ້ອຍ 2 ອິມອາຫານໃນປາກຕະຫລອດໄປ ບໍ່ຢາກກິນລົງ 3 ບາງຄັ້ງກິນຈຳນວນຫຼາຍ, ບາງຄັ້ງກິນແຕ່ໜ້ອຍ ບໍ່ກິນສະໝໍ່າສະເໝີ 4 ບໍ່ຢາກກິນດ້ວຍຜູ້ດຽວ ຄອຍລໍຖ້າມີຄົນຊ່ວຍປ້ອນໃຫ້	5 ກິນແຕ່ປະເພດອາຫານຢ່າງດຽວ 6 ໃຊ້ເວລາຫຼາຍໄພດ (30 ນາທີຂຶ້ນໄປ) 7 ແລະອື່ນໆ 8 ບໍ່ມີ	
2 ໃນເວລາເອົາເຂົ້າໜົມໃຫ້ລູກກິນ, ທ່ານກຳນົດເວລາບໍ່?		1 ໃນເວລາ ລູກຢາກກິນ 2 ໃນເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້: 1 ມື້ () ຄັ້ງ	3 ສ່ວນຫຼາຍບໍ່ໄດ້ເອົາໃຫ້ກິນ	
3 ກິນເຂົ້າໜົມ ປະເພດດັ່ງນີ້ບໍ່?	ປະເພດເຂົ້າໜົມອິມ/ເຂົ້າໜົມລົດນໍ້າຕານໄໝ້	1 ເກືອບທຸກໆມື້: 1 ມື້ () ຄັ້ງ 2 ບາງຄັ້ງບາງຄາວ: ອາທິດ () ມື້	3 ສ່ວນຫລາຍບໍ່ກິນ	
	ປະເພດຊ້ອກໂກແລັດ	1 ເກືອບທຸກໆມື້: 1 ມື້ () ຄັ້ງ 2 ບາງຄັ້ງບາງຄາວ: ອາທິດ () ມື້	3 ສ່ວນຫລາຍບໍ່ກິນ	
	ປະເພດຄ້ຽວໜາກຝລັ່ງ	1 ເກືອບທຸກໆມື້: 1 ມື້ () ຄັ້ງ 2 ບາງຄັ້ງບາງຄາວ: ອາທິດ () ມື້	3 ສ່ວນຫລາຍບໍ່ກິນ	
	ປະເພດກະແລັມ	1 ເກືອບທຸກໆມື້: 1 ມື້ () ຄັ້ງ 2 ບາງຄັ້ງບາງຄາວ: ອາທິດ () ມື້	3 ສ່ວນຫລາຍບໍ່ກິນ	
4 ໃນປະເພດເຂົ້າໜົມດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້, ກະລຸນາໝາຍໃສ່ເຂົ້າໜົມທີ່ລູກຂອງທ່ານກິນອາທິດລະ 1~2 ເທື່ອ, ແລະໝາຍ☉ໃສ່ເຂົ້າໜົມທີ່ລູກຂອງທ່ານກິນອາທິດລະ 3 ເທື່ອຂຶ້ນໄປ		1 ເຂົ້າໜົມເຍລິລິດໜາກໄມ້ 2 ເຂົ້າໜົມອິມລາມູເນະ 3 ປະເພດຖ້ວແດງບິດໃສ່ນໍ້າຕານ 4 ພຸດດັ້ງ 5 ຄາສເທລລາ	6 ນົມສົ້ມມິລິດຫວານ 7 ນົມສົ້ມບໍ່ຫວານ 8 ປະເພດເຂົ້າໜົມຄຸກຄີ້ 9 ເຂົ້າໜົມທີ່ຜະລິດຈາກມັນຝລັ່ງ 10 ເຂົ້າຈີ່ຫວານ•ເຕັກ	11 ເຂົ້າຂຽບ 12 ໜາກໄມ້ 13 ປະເພດມັນ 14 ແລະອື່ນໆ ()
5 ດື່ມເຄື່ອງດື່ມດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ່?	ນົມງົວ (ກາງເວັນ•ກ່ອນນອນ•ກາງຄືນ)	1 ບໍ່ຄ່ອຍດື່ມ (ແພ້ອາຫານ•ບໍ່ມັກ)	2 ດື່ມ 1 ມື້ () ຄັ້ງ ລວມ () ml	
	ເຄື່ອງດື່ມກົດແລຄຕິກ ຊື່ເຄື່ອງດື່ມ ()	1 ເກືອບທຸກໆມື້ 1 ມື້ () ຄັ້ງ	2 ບາງຄັ້ງບາງຄາວ ອາທິດ () ມື້	3 ເກືອບບໍ່ດື່ມ
	ນໍ້າ•ນໍ້າອັດລິມ ນໍ້າໜາກໄມ້ ()%	1 ເກືອບທຸກໆມື້ 1 ມື້ () ຄັ້ງ	2 ບາງຄັ້ງບາງຄາວ ອາທິດ () ມື້	3 ເກືອບບໍ່ດື່ມ
	ເຄື່ອງດື່ມກິລາ•ເຄື່ອງດື່ມອີອອນ ຊື່ເຄື່ອງດື່ມ ()	1 ເກືອບທຸກໆມື້ 1 ມື້ () ຄັ້ງ	2 ບາງຄັ້ງບາງຄາວ ອາທິດ () ມື້	3 ເກືອບບໍ່ດື່ມ
6 ນອກຈາກນີ້, ລູກຂອງເຈົ້າຍັງດື່ມເຄື່ອງດື່ມຫຍັງແດ່? (ຖ້າວ່າມີຫລາຍຂໍ້, ໝາຍຂໍ້ຈັກອັນກໍໄດ້)		1 ນໍ້າ 2 ກະເຟ•ຊາແດງ 3 ຊາເຂົ້າບະເລ (ມີນໍ້າຕານ)	4 ຊາເຂົ້າບະເລ (ບໍ່ມີນໍ້າຕານ) 5 ນໍ້າເຕົາຮູ 6 ແລະອື່ນໆ ()	
7 ພໍ່ແມ່ຊ່ວຍຖືແຂ້ວໃນຂັ້ນຕອນສຸດທ້າຍບໍ່? ຫລັງຈາກລູກໄດ້ຖືແຂ້ວແລ້ວພໍ່ຫຼືແມ່ເຊັກເບິ່ງວ່າການຖືແຂ້ວຂອງລູກຄືແນວໃດແລະຖ້າຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຄົບຈຶ່ງຖືໃຫ້ຮຽບຮ້ອຍ		1 ບໍ່ເຮັດ	2 ບາງຄັ້ງ ບາງຄາວ ອາທິດ () ມື້	3 ທຸກໆມື້
8 ລູກທ່ານບໍ່ມັກຖືແຂ້ວບໍ່?		1 ລັງກຽດຫລາຍ	2 ລັງກຽດໜ້ອຍໜຶ່ງ	3 ບໍ່ລັງກຽດ
9 ລູກທ່ານດື່ມນົມແມ່ບໍ່?		1 ດື່ມ () ຄັ້ງ/ມື້	2 ບໍ່ດື່ມ	
10 ນໍາໃຊ້ຂວດນົມບໍ່?		1 ໃຊ້	2 ບໍ່ໃຊ້	
11 ລູກເຈົ້າມັກອິມມີໃສ່ປາກບໍ່?		1 ເຮັດ	2 ບໍ່ເຮັດ	

1歳6か月児健診歯科・栄養アンケート（記入してお持ちください）

1 食事について次のような心配事がありますか (あればいくつでも)	1 小食 4 いつまでも口に含んでいる 7 その他 2 むら食い 5 自分で食べようとしない () 3 偏食 6 時間がかかる(30分以上) 8 なし																		
2 おやつを与えるときは、時間を決めて与えていますか	1 欲しがるとき 2 決めた時間に：1日()回 3 ほとんど与えない																		
3 次のお菓子を食べますか	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;">アメ・キャラメル類</td> <td style="width: 80%; border: none;">1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">チョコレート類</td> <td style="border: none;">1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">ガム類</td> <td style="border: none;">1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">アイス類</td> <td style="border: none;">1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない</td> </tr> </table>	アメ・キャラメル類	1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない	チョコレート類	1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない	ガム類	1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない	アイス類	1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない										
アメ・キャラメル類	1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない																		
チョコレート類	1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない																		
ガム類	1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない																		
アイス類	1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない																		
4 次のもので週1～2回食べるものには○を週3回以上食べるものには◎をつけてください	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 グミキャンデー</td> <td style="width: 33%;">6 加糖ヨーグルト</td> <td style="width: 33%;">11 せんべい</td> </tr> <tr> <td>2 ラムネ菓子</td> <td>7 無糖ヨーグルト</td> <td>12 果物</td> </tr> <tr> <td>3 あんこ類</td> <td>8 クッキー類</td> <td>13 イモ類</td> </tr> <tr> <td>4 プリン</td> <td>9 スナック菓子</td> <td>14 その他</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 カステラ</td> <td>10 菓子パン・ケーキ</td> <td></td> </tr> </table>	1 グミキャンデー	6 加糖ヨーグルト	11 せんべい	2 ラムネ菓子	7 無糖ヨーグルト	12 果物	3 あんこ類	8 クッキー類	13 イモ類	4 プリン	9 スナック菓子	14 その他	()			5 カステラ	10 菓子パン・ケーキ	
1 グミキャンデー	6 加糖ヨーグルト	11 せんべい																	
2 ラムネ菓子	7 無糖ヨーグルト	12 果物																	
3 あんこ類	8 クッキー類	13 イモ類																	
4 プリン	9 スナック菓子	14 その他																	
()																			
5 カステラ	10 菓子パン・ケーキ																		
5 次の飲み物をのみますか	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;">牛乳 (昼間・寝る前・夜間)</td> <td style="width: 80%; border: none;">1 あまり飲まない 2 飲む (アレルギー・きらい) 1日()回合計()ml</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">乳酸飲料 品名()</td> <td style="border: none;">1 ほぼ毎日 2 時々 3 ほとんど飲まない 1日()回 週()日</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">ジュース・炭酸飲料水 果汁()%</td> <td style="border: none;">1 ほぼ毎日 2 時々 3 ほとんど飲まない 1日()回 週()日</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">スポーツ飲料・イオン飲料 品名()</td> <td style="border: none;">1 ほぼ毎日 2 時々 3 ほとんど飲まない 1日()回 週()日</td> </tr> </table>	牛乳 (昼間・寝る前・夜間)	1 あまり飲まない 2 飲む (アレルギー・きらい) 1日()回合計()ml	乳酸飲料 品名()	1 ほぼ毎日 2 時々 3 ほとんど飲まない 1日()回 週()日	ジュース・炭酸飲料水 果汁()%	1 ほぼ毎日 2 時々 3 ほとんど飲まない 1日()回 週()日	スポーツ飲料・イオン飲料 品名()	1 ほぼ毎日 2 時々 3 ほとんど飲まない 1日()回 週()日										
牛乳 (昼間・寝る前・夜間)	1 あまり飲まない 2 飲む (アレルギー・きらい) 1日()回合計()ml																		
乳酸飲料 品名()	1 ほぼ毎日 2 時々 3 ほとんど飲まない 1日()回 週()日																		
ジュース・炭酸飲料水 果汁()%	1 ほぼ毎日 2 時々 3 ほとんど飲まない 1日()回 週()日																		
スポーツ飲料・イオン飲料 品名()	1 ほぼ毎日 2 時々 3 ほとんど飲まない 1日()回 週()日																		
6 その他、どんな飲み物を飲みますか (あればいくつでも)	1 水 4 麦茶(無糖) 2 コーヒー・紅茶 5 豆乳 3 麦茶(加糖) 6 その他()																		
7 親が子供に対して(仕上げ)歯みがきをしていますか	1 していない 2 時々 3 毎日 週()日																		
8 歯みがきはいやがりますか	1 とてもいやがる 2 少しいやがる 3 いやがらない																		
9 母乳は飲んでいますか	1 飲んでいる(回/日) 2 飲んでいない																		
10 哺乳ビンを使っていますか	1 使っている 2 使っていない																		
11 指しゃぶりしますか	1 する 2 しない																		