

1岁零6个月幼儿健康检查问诊表

1歳6か月児健康診査問診票

(请在检查前填写) (健診前に記入してください)

注音假名 ふりがな	
姓名 氏名	
<input type="checkbox"/> 男 男 <input type="checkbox"/> 女 女	第 ___ 子 第 子
出生年月日 生年月日	年 年 月 月 日 日 (___ 岁 歳 ___ 个月 か月)
母亲姓名 母の氏名	
职业 職業:	出生年月日 生年月日: 年 年 月 月 日 日
父亲姓名 父の氏名	
职业 職業:	出生年月日 生年月日: 年 年 月 月 日 日
住址 住所 (〒 -)	
电话号码 電話番号	
家庭状况 家族状況	家庭成员人数 家族数 人名
	请在白天照顾孩子的人员处画 ✓。昼間の保育者に✓を付けてください
	<input type="checkbox"/> 母亲 母 <input type="checkbox"/> 父亲 父 <input type="checkbox"/> 祖父 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 祖母 <input type="checkbox"/> 其他 其他 (_____)
	居住在一起的人员处画 ✓。同居者に✓を付けてください
如果有正在治疗中的疾病, 请填写。 現在通院している病気がありましたら、記入してください。	
内容 内容: _____ 医院名称 病院名: _____ 就诊频次 頻度: _____	内容 内容: _____ 医院名称 病院名: _____ 就诊频次 頻度: _____
【1】请在曾经患过的疾病处打 ✓。今までにかかった病気に✓をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 麻疹 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 水痘 <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 风疹 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 百日咳	
【2】因其它疾病或事故就诊过吗? その他の病気や事故で医師にかかりましたか。	
<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ (病名 病名・事故名称 事故名 _____)	
【3】以前的健康检查时, 有告知您什么了吗? 今までの健診で何か言われましたか。	
<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ “有”的情况时, 告知您的是什么呢? 「はい」の場合は、何と言われましたか? (_____)	
现在的营养状况 現在の栄養状況	饮食的次数 食事の回数 次回/天日
	零食的次数 おやつ回数 次回/天日
	内容 内容 饮料 飲み物 (_____) 食物 食べ物 (_____)

	到什么时候为止还在使用奶瓶的呢？ ^{ほにゅうびん} 哺乳瓶はいつまで使っていましたか。 ^{つか} _____ 岁 ^{さい} _____ 个月 ^{げつ} 月			
至今为止的发育状况 ^{げんざい} 現在までの発達 ^{はつたつ} の状況 ^{じょうきょう}	颈部能直立 ^{くび} 首 ^{すわり}	_____ 个月 ^{げつ} 月	能坐立 ^{おすわり}	_____ 个月 ^{げつ} 月
	会爬行 ^{ハイハイ}	_____ 个月 ^{げつ} 月	开始步行 ^{ある} 步 ^{はじ} 始 ^め	_____ 个月 ^{げつ} 月

1岁零6个月幼儿健康检查调查表

1歳6か月児健康診査アンケート

[1] 是否可以一个人很好地行走？ ^{ひとり} 以 ^{じょうず} 上 ^{ある} 手 ^あ に歩 ^あ きますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[2] 是否可以写写画画（涂鸦）？ ^が なぐり書 ^か きをしますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[3] 是否可以用汤勺或叉子自己吃东西？ ^{じぶん} 自 ^{つか} 分 ^た でスプーンやフォークを使 ^{つか} って食 ^た べますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[4] 当您说“把○○拿来。”时，孩子是否可以做出相应的行动？ ^も 「○○を持 ^も ってきて」に ^お 応 ^お じますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[5] 当您问“汪汪是谁？”时，孩子是否可以在图书上指出？ ^{えほん} 「ワンワンどれ？」で ^{なか} 絵 ^え 本 ^{ゆび} の中 ^{ゆび} の絵 ^{ゆび} を指 ^{ゆび} さしますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[6] 可以说三个以上、“爸爸”、“妈妈”、“噗一噗一”等有意义的单词？ ^い パパ、ママ、ブーブーなど ^{こと} 意 ^い 味 ^い のある ^{こと} 言 ^い 葉 ^{こと} を3つ以上話 ^い しますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[7] 请写出其它可以说的单词。他 ^{ほか} に言 ^い える ^{こと} 言 ^{こと} 葉 ^{こと} を書 ^か いてください。	
[8] 是否可以推行玩具车或抱着洋娃娃玩耍？ ^{おもちゃ} おもちゃの自 ^じ 動 ^{どう} 車 ^{しゃ} を押 ^お したり、人 ^{にんぎょう} 形 ^だ を抱 ^だ いたりして遊 ^{あそ} びますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[9] 是否会模仿大人的动作（例如梳头等）？ ^{おとな} 大人 ^{かみ} のしぐさのまね（髪 ^{かみ} をと ^か すなど）をしますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[10] 因疼痛而难过时，是否会抓住妈妈或熟悉的人？ ^{いた} 痛 ^{おも} い思 ^{おも} いを ^{かな} したり ^{かな} 悲 ^{かな} しい時 ^{とき} 、お母 ^{かあ} さんなど ^{かあ} なじみのある ^{ひと} 人 ^{ひと} にしがみつきますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[11] 您是否感觉到孩子的眼神或眼球的运动异常？ ^{めつき} 目 ^め のつきや ^め 目 ^め の動 ^{うご} きがおかし ^お しいと思 ^{おも} ったことはありますか。	<input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ} <input type="checkbox"/> 是 ^{はい}
[12] 当您悄悄地接近孩子并小声呼唤时，孩子会转向您吗？ ^{ちか} そっと近 ^{ちか} づいて、ささやき声 ^{こゑ} で呼 ^よ びかけると振 ^ふ り向 ^む きますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[13] 您是否每天帮孩子刷牙？ ^は 歯 ^{まい} を毎 ^{まい} 日 ^{にち} 磨 ^{みが} いてあげていますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[14] 夜间喂奶是否一直持续到最近？ ^や 夜 ^{かん} 間 ^{じゆ} の授 ^{じゆ} 乳 ^{さい} は最 ^{さい} 近 ^{きん} まで続 ^{つづ} いていましたか。	<input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ} <input type="checkbox"/> 是 ^{はい}
[15] 吃饭的时间是固定的吗？ ^{しょくじ} 食 ^{じかん} 事 ^ま 時間 ^ま は決 ^ま まっていますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[16] 孩子是和大人一起吃饭吗？ ^{しょくじ} 食 ^{おとな} 事 ^{いっしょ} は大 ^{いっしょ} 人 ^た と一 ^た 緒 ^べ に食 ^べ ていますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[17] 孩子是否会将食物一直含在口中或不经咀嚼就吞咽吗？ ^た 食 ^べ 物 ^{もの} をいつまでも口 ^{くち} に含 ^く んでいたり、かま ^ず じ ^じ ゅ ^じ ゅ ^む して吞 ^の んでいますか。	<input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ} <input type="checkbox"/> 是 ^{はい}
[18] 关于饮食方面，您有什么担心的吗？ ^{しょくじ} 食 ^{かん} 事 ^{しんぱい} に関する ^{しんぱい} 心 ^{しんぱい} 配 ^{しんぱい} がありますか。	<input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ} <input type="checkbox"/> 是 ^{はい}
[19] 母亲和孩子在一起时快乐吗？ ^{かあ} お母 ^お さん、 ^こ 子 ^こ どもと一 ^{いっしょ} 緒 ^{たの} にい ^{たの} ちが楽しいですか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[20] 父亲会协助育儿吗？ ^お お父 ^お さん、 ^い 育 ^い 児 ^じ に協 ^{きょうりょく} 助 ^{たす} けがいますか。	<input type="checkbox"/> 是 ^{はい} <input type="checkbox"/> 否 ^{いいえ}
[21] 其它，如果您有任何疑问或想要咨询的事情，请填写。其 ^た 他 ^た 、何 ^{なに} が気 ^き になること ^{こと} や相 ^{そう} 談 ^{だん} したいこと ^{こと} があ ^あ れば ^ま 記 ^ま 入 ^い して ^ま ください。	

* 本问诊表不会用于母子保健事业以外的目的而使用。

* この問診票は、母子保健事業以外の目的では使用しません。