

# Formulir Pemeriksaan Kesehatan Anak Usia 1 Tahun 6 Bulan

## 1歳6か月児健康診査問診票

(Harap diisi sebelum pemeriksaan) (健診前に記入してください)

Furigana フリガナ		
Nama 氏名		
<input type="checkbox"/> Jenis (Laki-laki) 男 <input type="checkbox"/> Kelamin (Perempuan) 女		<input type="checkbox"/> Ke 1 <input type="checkbox"/> Ke 2 <input type="checkbox"/> Ke 3 <input type="checkbox"/> Anak Ke- ____ 第 ____ 子
Tanggal Lahir 生年月日		Tahun 年 Bulan 月 Tanggal 日 (Usia ____ Tahun 歳 ____ Bulan 月)
Nama Ibu 母の氏名		
Pekerjaan 職業:		Tanggal Lahir 生年月日: Tahun 年 Bulan 月 Tanggal 日
Nama Ayah 父の氏名		
Pekerjaan 職業:		Tanggal Lahir 生年月日: Tahun 年 Bulan 月 Tanggal 日
Alamat 住所		(〒 - )
Nomor Telepon 電話番号		
Situasi Keluarga 家族状況	Jumlah Anggota Keluarga 家族数	orang 名
	Harap beri tanda ✓ untuk pengasuh anak pada siang hari 昼間の保育者に✓を付けてください	
	<input type="checkbox"/> Ibu 母 <input type="checkbox"/> Ayah 父 <input type="checkbox"/> Kakek 祖父 <input type="checkbox"/> Nenek 祖母 <input type="checkbox"/> Lainnya 其他 ( _____ )	
	Dan ✓ untuk anggota keluarga yang tinggal serumah 同居者に✓を付けてください	
<input type="checkbox"/> Ibu 母 <input type="checkbox"/> Ayah 父 <input type="checkbox"/> Kakak Laki-laki 兄 <input type="checkbox"/> Adik Laki-laki 弟 <input type="checkbox"/> Kakak Perempuan 姉 <input type="checkbox"/> Adik Perempuan 妹 <input type="checkbox"/> Kakek 祖父 <input type="checkbox"/> Nenek 祖母 <input type="checkbox"/> Lainnya 其他 ( _____ )		
Jika anak saat ini sedang dalam pengobatan, harap cantumkan informasi berikut 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。		
Penyakit yang diderita 内容:		Penyakit yang diderita 内容:
Nama Rumah Sakit 病院名:		Nama Rumah Sakit 病院名:
Frekuensi Pengobatan 頻度:		Frekuensi Pengobatan 頻度:
<b>[1]</b> Harap beri tanda ✓ pada penyakit yang pernah dialami sebelumnya. 今までにかかった病気に✓をつけてください。		
<input type="checkbox"/> Campak 麻疹 <input type="checkbox"/> Cacar air 水痘 <input type="checkbox"/> Gondongan 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> Rubela 風疹 <input type="checkbox"/> Batuk rejan (pertusis) 百日咳		
<b>[2]</b> Apakah anak pernah dirawat karena penyakit lain atau kecelakaan? その他の病気が事故で医師にかかりましたか。		
<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ (Jenis penyakit 病名・kecelakaan 事故名 _____ )		
<b>[3]</b> Apakah ada hal yang disampaikan pada pemeriksaan kesehatan sebelumnya? 今までの健診で何か言われましたか。		
<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ		
Jika "Ya", apa yang dikatakan? 「はい」の場合は、何と言われましたか? ( _____ )		
Situasi Gizi Saat Ini 現在の栄養状況	Frekuensi Makan 食事の回数	kali 回 / per Hari 日
	Frekuensi Camilan おやつ回数	kali 回 / per Hari 日
	Makanan dan Minuman yang Dikonsumsi 内容	Minuman 飲み物 ( _____ ) Makanan 食べ物 ( _____ )

	Sampai usia berapa anak menggunakan botol susu? 哺乳瓶はいつまで使っていましたか。 Usia _____ Tahun 歳 _____ Bulan か月
Situasi Perkembangan Anak Hingga Saat Ini 現在の発達の状況	Bisa mengangkat kepala 首すわり months か月
	Bisa duduk sendiri おすわり months か月
	Bisa merangkak ハイハイ months か月
	Bisa mulai berjalan 歩き始め months か月

## Kuesioner Pemeriksaan Kesehatan Anak Usia 1 Tahun 6 Bulan 1歳6か月児健康診査アンケート

【1】 Apakah anak bisa berjalan dengan lancar sendirian? ひとりで上手に歩きますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
【2】 Apakah anak menggambar dengan coretan? なぐり書きをしますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
【3】 Apakah anak bisa makan menggunakan sendok atau garpu sendiri? 自分でスプーンやフォークを使って食べますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
【4】 Apakah anak merespons saat diminta untuk mengambil sesuatu (misalnya, "Ambilkan ○○")? 「○○を持ってきて」に応じますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
【5】 Apakah anak menunjuk gambar dalam buku cerita ketika ditanya, Contoh: "Mana anjingnya?" 「ワンワンどれ?」で絵本の中の絵を指さしますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
【6】 Apakah anak mengucapkan lebih dari tiga kata yang bermakna, seperti "Papa," "Mama," "Mobil"? パパ、ママ、ブーブーなど意味のある言葉を3つ以上話しますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
【7】 Sebutkan kata lain yang bisa diucapkan anak. 他に言える言葉を書いてください。	
【8】 Apakah anak bermain dengan mainan seperti mobil-mobilan atau memeluk boneka? おもちゃの自動車を押したり、人形を抱いたりして遊びますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
【9】 Apakah anak meniru gerakan orang dewasa (misalnya, menyisir rambut)? 大人のしぐさのまね(髪をとかすなど)をしますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
【10】 Apakah anak menggantungkan diri pada ibu atau orang yang dikenalnya ketika merasa sakit atau sedih? 痛い思いをしたり悲しい時、お母さんなどなじみのある人にしがみつきますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
【11】 Apakah Anda pernah merasa bahwa pergerakan mata atau pandangan anak terlihat aneh? 目つきや目の動きがおかしいと思ったことはありますか。	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ <input type="checkbox"/> Ya はい
【12】 Apakah anak berbalik ketika dipanggil dengan suara pelan dari dekat? そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
【13】 Apakah Anda menyikat gigi anak setiap hari? 歯を毎日磨いてあげていますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
【14】 Apakah anak masih diberi ASI pada malam hari hingga baru-baru ini? 夜間の授乳は最近まで続いていましたか。	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ <input type="checkbox"/> Ya はい
【15】 Apakah waktu makan anak terjadwal dengan baik? 食事時間は決まっていますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
【16】 Apakah anak makan bersama orang dewasa? 食事は大人と一緒に食べていますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
【17】 Apakah anak terkadang membiarkan makanan tetap berada di mulutnya tanpa mengunyah atau menelannya begitu saja? 食べ物をいつまでも口に含んでいたり、かまわずに飲み込むことがありますか。	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ <input type="checkbox"/> Ya はい
【18】 Apakah Anda memiliki kekhawatiran terkait pola makan anak? 食事に関する心配がありますか。	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ <input type="checkbox"/> Ya はい

【19】 Apakah Anda merasa senang berada bersama anak?

お母さんは、子どもと一緒にいて楽しいですか。

Ya はい  Tidak いいえ

【20】 Apakah ayah membantu dalam pengasuhan anak?

お父さんは、育児に協力的ですか。

Ya はい  Tidak いいえ

【21】 Jika ada hal lain yang ingin Anda konsultasikan atau khawatirkan, harap tuliskan di sini.

その他、何か気になることや相談したいことがあれば記入してください。

\* Formulir ini hanya akan digunakan untuk tujuan layanan kesehatan ibu dan anak.

\*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。