

1 वर्ष र 6 महिनाको बच्चाको लागि स्वास्थ्य जाँच प्रश्नावली

1歳6か月児健康診査問診票

(जाँच गर्नु अघि फारम भर्नुहोस्) (健診前に記入してください)

फुरिगाना <small>ふりがな</small>		
नाम <small>しめい</small> 氏名		
<input type="checkbox"/> पुरुष <small>おとこ</small> 男	<input type="checkbox"/> स्त्री <small>おんな</small> 女	<input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> 3rd <input type="checkbox"/> बच्चा <small>だいい</small> 第 <small>し</small> 子
जन्ममिति <small>せいねんがつひ</small> 生年月日	साल <small>ねん</small> 年	महिना <small>がつ</small> 月
आमाको नाम <small>はは</small> 母 <small>しめい</small> 氏名	जन्ममिति <small>せいねんがつひ</small> 生年月日	साल <small>ねん</small> 年
पेशा <small>しよくぎやう</small> 職業	जन्ममिति <small>せいねんがつひ</small> 生年月日	साल <small>ねん</small> 年
बुबाको नाम <small>ちち</small> 父 <small>しめい</small> 氏名	जन्ममिति <small>せいねんがつひ</small> 生年月日	साल <small>ねん</small> 年
पेशा <small>しよくぎやう</small> 職業	जन्ममिति <small>せいねんがつひ</small> 生年月日	साल <small>ねん</small> 年
ठेगाना <small>じやうしよ</small> 住所	(〒 -)	
फोन नम्बर <small>でんわばんごう</small> 電話番号		
पारिवारिक अवस्था <small>かぞくじやう</small> 家族状況	परिवारको संख्या <small>かぞくすう</small> 家族数	जना <small>めい</small> 名
	दिनको बाल हेरचाह गर्ने व्यक्ति <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुहोस् <small>ひるまのほいくしや</small> 昼間の保育者に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください	
	<input type="checkbox"/> आमा <small>はは</small> 母 <input type="checkbox"/> बुबा <small>ちち</small> 父 <input type="checkbox"/> हजुरबुबा <small>そふ</small> 祖父 <input type="checkbox"/> हजुरआमा <small>そぼ</small> 祖母 <input type="checkbox"/> त्यस बाहेक <small>ता</small> 其他 ()	
	सँगै बस्ने परिवार <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुहोस् <small>どうきやう</small> 同居者に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください <input type="checkbox"/> आमा <small>はは</small> 母 <input type="checkbox"/> बुबा <small>ちち</small> 父 <input type="checkbox"/> दाई <small>あに</small> 兄 <input type="checkbox"/> भाई <small>おとうと</small> 弟 <input type="checkbox"/> दिदी <small>あね</small> 姉 <input type="checkbox"/> बहिनी <small>いもうと</small> 妹 <input type="checkbox"/> हजुरबुबा <small>そふ</small> 祖父 <input type="checkbox"/> हजुरआमा <small>そぼ</small> 祖母 <input type="checkbox"/> त्यस बाहेक <small>ता</small> 其他 ()	
हाल अस्पताल गएर उपचार गराईरहनुभएको कुनै रोग छ भने लेख्नुहोस्। <small>げんざい</small> 現在通院している病気がありましたら、 <small>きにやう</small> 記入してください。		
रोगको प्रकार <small>ないやう</small> 内容	रोगको प्रकार <small>ないやう</small> 内容	
अस्पतालको नाम <small>びやういん</small> 病院名	अस्पतालको नाम <small>びやういん</small> 病院名	
अस्पताल धाउने संख्या <small>ひんど</small> 頻度	अस्पताल धाउने संख्या <small>ひんど</small> 頻度	
【1】अहिलेसम्म लागेको रोग भएमा <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुहोस्। <small>いま</small> 今までにかかった病気に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。		
<input type="checkbox"/> दादुरा <small>ましん</small> 麻疹 <input type="checkbox"/> ठेउला <small>すいとう</small> 水痘 <input type="checkbox"/> मम्मस <small>りゆうこうせいじ</small> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> रुबेला <small>ふうしん</small> 風疹 <input type="checkbox"/> हुपिंग कफ <small>ひやくにちせき</small> 百日咳		
【2】त्यस बाहेकको रोग वा दुर्घटनामा परी डाक्टर लाई देखाउनुभयो? <small>ता</small> 其他の病気や事故で <small>いし</small> 医師にかかりましたか。		
<input type="checkbox"/> हो <small>はい</small> <input type="checkbox"/> होइन <small>いいえ</small> (रोगको नाम <small>びやうめい</small> 病名・दुर्घटनाको नाम <small>じこめい</small> 事故名)		
【3】अहिलेसम्मको स्वास्थ्य परिक्षणमा केहि भनिएको थियो? <small>いま</small> 今までの健診で <small>なに</small> 何が <small>い</small> 言われましたか。		
<input type="checkbox"/> हो <small>はい</small> <input type="checkbox"/> होइन <small>いいえ</small> 「हो」 यदि त्यसो हो भने, के भनियो? 「はい」の場合は、何と言われましたか? ()		
अहिलेको पोषण स्थिति <small>げんざい</small> 現在の栄養状況	खाना खाने संख्या <small>しょくじ</small> 食事の回数	पटक <small>かい</small> /दिन <small>にち</small> 日
	खाजाको संख्या <small>おやつ</small> おやつの回数	पटक <small>かい</small> /दिन <small>にち</small> 日
	प्रकार <small>ないやう</small> 内容	पिउनेकुरा <small>のみ</small> 飲み物 () खानेकुरा <small>た</small> 食べ物 ()

	बच्चाको दुध खाने बोतल कति समय प्रयोग गर्नुभयो? 哺乳瓶はいつまで使っていましたか。		
	_____ वर्ष 歳 _____ महिना 月		
हालसम्मको विकासको अवस्था 現在までの発達の状況	घाँटी उठाउने भएको 首すわり	महिना 月	बस्न थालेको ouswari
	हातखुट्टा टेकेर हिड्न थालेको हाइहाइ	महिना 月	हिड्न थालेको 歩き始め
			महिना 月

1 वर्ष र 6 महिनाको बच्चाको लागि स्वास्थ्य जाँच प्रश्नावली

1歳6か月児健康診査アンケート

[1] एकलै राम्ररी हिड्छ? ひとりで上手に歩きますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[2] चित्र (गोलो, धर्का तान्ने)जस्तो लेख्छ? なぐり書きをしますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[3] आफैले चम्चा वा काँटा प्रयोग गरेर खान्छ? 自分でスプーンやフォークを使って食べますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[4] 「○○लिएर आइज」भन्दा लिएर आउँछ? 「○○を持ってきて」に応じますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[5] 「वानवान कुन हो?」भन्दा चित्रमा हातले देखाउछ? 「ワンワンどれ?」で絵本の中の絵を指さしますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[6] पापा, मामा, बुबु आदि अर्थ बुझिने शब्द 3 भन्दा बढी बोल्छ? 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"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[7] त्यस बाहेक भन्न सक्ने शब्द लेख्नुहोस्। 他に言える言葉を書いてください。	
[8] खेलौनाको गाडी धकेल्ने, खेलौना पुतली समातेर खेल्ने गर्दछ? 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"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[9] वयस्कहरुको इशाराको नक्कल (कपाल कोर्ने आदि) गर्दछ? 大人のしぐさのまね (髪をとかすなど) をしますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[10] दुखेको दुखित बेला आमा जस्ता परिचित व्यक्तिसँग टाँसिन जान्छ? 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"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[11] आँखा वा आँखाको चाल असामान्य भएको जस्तो लाग्छ? 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"/> होइन いいえ <input type="checkbox"/> हो है
[12] बिस्तारै नजिक गएर हल्का स्वरले बोलाउदा तपाईं तिर फर्किन्छ? そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[13] सधैं दाँत माझीदिनुहुन्छ? 歯を毎日磨いてあげていますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[14] केहि समय अघि सम्म राती स्तनपान गर्न जारी राख्नुभयो? 夜間の授乳は最近まで続っていましたか。	<input type="checkbox"/> होइन いいえ <input type="checkbox"/> हो है
[15] खान खाने समय तोकिएको छ? 食事時間は決まっていますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[16] वयस्क हरु सँगै खाना खाने गर्नुभएको छ? 食事は大人と一緒に食べていますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[17] खाना धेरै लामो समयसम्म मुखमा राख्ने वा नचपाई निल्छ? 食べ物をいつまでも口に含んでいたり、かまずに飲み込むことがありますか。	<input type="checkbox"/> होइन いいえ <input type="checkbox"/> हो है
[18] खानपिन बारे केहि चिन्ताको कुराहरु छ? 食事に関する心配がありますか。	<input type="checkbox"/> होइन いいえ <input type="checkbox"/> हो है
[19] बच्चा सँगै भएको समय आमाको लागि रमाइलो छ? お母さんは、子どもと一緒にいて楽しいですか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[20] बच्चाको बाबुले बच्चाको हेरचाहमा सहयोग गर्छ? お父さんは、育児に協力的ですか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[21] त्यस बाहेक कुनै चिन्ताको कुरा वा परामर्श गर्न मन लागेको कुराहरु भएमा लेख्नुहोस्। 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。	

*यो स्वास्थ्य जाँच प्रश्नावली मातृ बाल स्वास्थ्य सम्बन्धि बाहेक अन्य कुनै पनि उद्देश्यको लागि प्रयोग गरिने छैन।

*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。