

# Health Checkup Questionnaire para sa 1 Taon at 6 na Buwang Gulang na Bata

1歳6か月児健康診査問診票

(Mangyaring sagutin ito bago ang medikal na pagsusuri) (健診前に記入してください)

Furigana ふりがな	
Pangalan 氏名	
<input type="checkbox"/> Lalaki 男 <input type="checkbox"/> Babae 女	<input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> 3rd <input type="checkbox"/> Ika- ___ anak 第 ___ 子
Petsa ng kapanganakan 生年月日	Taon 年 Buwan 月 Araw 日 ( ___ Taon 歳 ___ Buwan 月)
Pangalan ng ina 母の氏名	
Trabaho 職業:	Petsa ng kapanganakan 生年月日: Taon 年 Buwan 月 Araw 日
Pangalan ng ama 父の氏名	
Trabaho 職業:	Petsa ng kapanganakan 生年月日: Taon 年 Buwan 月 Araw 日
Address 住所 (〒 - )	
Numero ng telepono 電話番号	
Sitwasyon ng pamilya 家族状況	Bilang ng mga miyembro ng pamilya 家族数 tao 名
	Markahan ng ✓ ang nag-aalaga sa bata sa araw. 昼間の保育者に✓を付けてください
	<input type="checkbox"/> Ina 母 <input type="checkbox"/> Ama 父 <input type="checkbox"/> Lolo 祖父 <input type="checkbox"/> Lola 祖母 <input type="checkbox"/> Iba pa 其他 ( _____ )
	Markahan ng ✓ ang mga taong kasamang nakatira sa bahay. 同居者に✓を付けてください
<input type="checkbox"/> Ina 母 <input type="checkbox"/> Ama 父 <input type="checkbox"/> Matandang kapatid na lalaki 兄 <input type="checkbox"/> Batang kapatid na lalaki 弟	<input type="checkbox"/> Matandang kapatid na babae 姉 <input type="checkbox"/> Batang kapatid na babae 妹 <input type="checkbox"/> Lolo 祖父
<input type="checkbox"/> Lola 祖母 <input type="checkbox"/> Iba pa 其他 ( _____ )	
Kung ang bata ay may sakit na kasalukuyang ginagamot sa ospital, mangyaring isulat ito dito. 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。	
Detalye/Pangalan ng sakit 内容: _____	
Pangalan ng ospital 病院名: _____	
Dalas ng pagpunta sa ospital 頻度: _____	
Detalye/Pangalan ng sakit 内容: _____	
Pangalan ng ospital 病院名: _____	
Dalas ng pagpunta sa ospital 頻度: _____	
【1】 Markahan ng ✓ ang mga naging sakit nito sa nakaraan. 今までにかかった病気に✓をつけてください。	
<input type="checkbox"/> tigas/measles 麻疹 <input type="checkbox"/> bulutong/chickenpox 水痘 <input type="checkbox"/> beke/mumps 流行性耳下腺炎	
<input type="checkbox"/> rubella/German measles 風疹 <input type="checkbox"/> tuspisina/whooping cough 百日咳	
【2】 Nagpatingin ba ito sa doktor para sa anumang iba pang sakit o aksidente? その他の病気や事故で医師にかかりましたか。	
<input type="checkbox"/> Oo はい	
<input type="checkbox"/> Hindi いいえ (Pangalan ng sakit 病名・Pangalan ng aksidente 事故名 _____ )	

**[3] May nasabi na ba and doktor tungkol sa mga nakaraang medical checkup nito?** いまのけんしんなにいい 今までの健診で何か言われましたか。

Oo はい  Hindi いいえ

Kung 「Oo」 ang sagot, ano ang sinabi ng doktor? 「はい」の場合は、何と言われましたか?  
 ( \_\_\_\_\_ )

Kasalukuyang sitwasyon sa nutrisyon <small>げんざい えいようじょうきょう</small> 現在の栄養状況	Bilang ng pagkain <small>しょくじ かいすう</small> 食事の回数	beses 回 /isang araw 日
	Bilang ng meryenda <small>かいすう</small> おやつ回数	beses 回 /isang araw 日
	Detalye <small>ないよう</small> 内容	Inumin <small>のみ もの</small> 飲み物 ( _____ ) Pagkain <small>た もの</small> 食べ物 ( _____ )
	Hanggang kailan gumamit ito ng feeding bottle? <small>ほにゅうびん</small> 哺乳瓶はいつまで使っていましたか。 _____ Taon <small>さい</small> 歳 _____ Buwan <small>げつ</small> か月	

Sitwasyon ng development nito hanggang sa kasalukuyan <small>げんざい はつたつじょうきょう</small> 現在までの発達の状況	Naitayo o nasusuportahan ang ulo <small>くび</small> 首すわり	ika-	buwan <small>げつ</small> か月
	Nakaupo <small>おすわり</small>	ika-	buwan <small>げつ</small> か月
	Nagsimulang gumapang <small>ハイハイ</small>	ika-	buwan <small>げつ</small> か月
	Nagsimulang maglakad <small>ある はじ</small> 歩き始め	ika-	buwan <small>げつ</small> か月

## Health Checkup Questionnaire para sa 1 Taon at 6 na Buwang Gulang na Bata

### 1歳6か月児健康診査アンケート

<b>[1] Magaling ba itong maglakad nang mag-isa?</b> <small>じょうず ある</small> ひとりで上手に歩きますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>[2] Sumusulat ba o nag-iiscribe?</b> <small>が</small> なぐり書きをしますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>[3] Kumakain ba ng mag-isa gamit ang kutsara o tinidor?</b> <small>じぶん</small> 自分でスプーンやフォークを使って食べますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>[4] Sumasagot ba kung sabihan mo ng "dalhin mo dito ang ○○"?</b> <small>も</small> 「○○を持ってきて」に応じますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>[5] Naituturo ba sa picture book kapag tinanong mo, "Alin ang aso?"</b> <small>えほん なか え</small> 「ワンワンどれ?」で絵本の中の絵を指さしますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>[6] Nasasalita ba ng tatlo o higit pang makabuluhang salita tulad ng "papa," "mommy," "boo-boo," atbp.?</b> <small>い み</small> 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"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>[7] Mangyaring isulat ang anumang iba pang mga salita na nasasabi nito.</b> <small>ほか い</small> 他に言える言葉を書いてください。	
<b>[8] Naglalaro ba tulad ng pagtulak ng mga laruang sasakyan o paghawak ng mga manika?</b> <small>じどうしゃ お</small> おもちゃの自動車を押ししたり、人形を抱いたりして遊びますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>[9] Ginagaya ba nito ang mga kilos ng matandang tao (tulad ng pagsusuklay ng buhok)?</b> <small>おとな</small> 大人のしぐさのまね (髪をとかすなど) をしますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>[10] Kapag nasasaktan o nalulungkot, kumakapit ka ito sa ina o iba pang taong kilala nito?</b> <small>いた おも</small> 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"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>[11] May napansin ka bang kakaiba ang mga mata o galaw ng mata nito?</b> <small>め</small> 目つきや目の動きがおかしいと思っただことはありますか。	<input type="checkbox"/> Hindi いいえ <input type="checkbox"/> Oo はい
<b>[12] Lumilingon ba ito kapag tahimik mong nilapitan at pabulong na tinatawag?</b> <small>ちか</small> 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"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>[13] Sinisipilyo mo ba ang mga ngipin nito araw-araw?</b> <small>は</small> 歯を毎日磨いてあげていますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ

<b>【14】</b> Ikaw ba ay nagpapasuso sa gabi hanggang kamakailan lamang? <small>や かん じゅうにゅう さいぎん つぶ</small> 夜間の授乳は最近まで続いていましたか。	<input type="checkbox"/> Hindi いいえ <input type="checkbox"/> Oo はい
<b>【15】</b> Nagtakda ka ba ng mga oras ng pagkain nito? <small>しょくじ じ かん き</small> 食事時間は決まっていますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>【16】</b> Kumakain ka ito kasama ng mga matatanda tao? <small>しょくじ おと な いっしょ た</small> 食事は大人と一緒に食べていますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>【17】</b> Minsan ba ay masyadong matagal ang pagkain sa bibig bago lunukin o nilulunok ba ang pagkain nang hindi nginunguya? <small>た もの いた ぐち にく の こ</small> 食べ物をつ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"/> Hindi いいえ <input type="checkbox"/> Oo はい
<b>【18】</b> Mayroon ka bang mga alalahanin tungkol sa pagkain nito? <small>しょくじ かん しんぱい</small> 食事に関する心配がありますか。	<input type="checkbox"/> Hindi いいえ <input type="checkbox"/> Oo はい
<b>【19】</b> Masaya ka (ang ina) ba kapag kasama mo ito? <small>かあ こ ひとつ たの</small> お母さんは、子どもと一緒にいて楽しいですか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>【20】</b> Tumutulong ba ang ama sa pag-aalaga nito? <small>とお いく じ きょうりょくてき</small> お父さんは、育児に協力的ですか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
<b>【21】</b> Kung mayroon kang anumang mga alalahanin o nais na ikonsulta, mangyaring isulat ang mga ito. <small>た なに き そうだん きにゆう</small> 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。	

\*Ang questionnaire na ito ay hindi gagamitin para sa anumang layunin maliban sa pangangalaga ng kalusugan ng ina at 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。