

Phiếu khám sức khỏe cho trẻ 1 tuổi 6 tháng

1歳6か月児健康診査問診票

(Vui lòng điền trước khi khám sức khỏe) (健診前に記入してください)

| | |
|--|--|
| Phiên âm フリガナ | |
| Họ tên 氏名 | |
| <input type="checkbox"/> Nam 男 <input type="checkbox"/> Nữ 女 | <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> 3rd <input type="checkbox"/> Con thứ ____ 第 ____ 子 |
| Ngày tháng năm sinh 生年月日 | Ngày 年 tháng 月 năm 日 (____ tuổi 歳 ____ tháng か月) |
| Họ tên mẹ 母の氏名 | |
| Nghề nghiệp 職業: | Ngày tháng năm sinh 生年月日: Ngày 年 tháng 月 năm 日 |
| Họ tên bố 父の氏名 | |
| Nghề nghiệp 職業: | Ngày tháng năm sinh 生年月日: Ngày 年 tháng 月 năm 日 |
| Địa chỉ 住所 | (〒 -) |
| Số điện thoại 電話番号 | |
| Tình trạng gia đình 家族状況 | Số thành viên trong gia đình 家族数 người 名 |
| | Hãy đánh dấu ✓ vào người chăm sóc bé ban ngày 昼間の保育者に✓を付けてください |
| | <input type="checkbox"/> Mẹ 母 <input type="checkbox"/> Bố 父 <input type="checkbox"/> Ông 祖父 <input type="checkbox"/> Bà 祖母 <input type="checkbox"/> Người khác 其他 (____) |
| | Hãy đánh dấu ✓ vào thành viên sống chung 同居者に✓を付けてください |
| <input type="checkbox"/> Mẹ 母 <input type="checkbox"/> Bố 父 <input type="checkbox"/> Anh trai 兄 <input type="checkbox"/> Em trai 弟 <input type="checkbox"/> Chị gái 姉 <input type="checkbox"/> Em gái 妹 <input type="checkbox"/> Ông 祖父 <input type="checkbox"/> Bà 祖母 <input type="checkbox"/> Người khác 其他 (____) | |
| Nếu hiện tại bé đang điều trị bệnh ngoại trú, vui lòng ghi rõ 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。 | |
| Nội dung 内容: Tên bệnh viện 病院名: Tần suất 頻度: | Nội dung 内容: Tên bệnh viện 病院名: Tần suất 頻度: |
| 【1】 Xin hãy đánh dấu ✓ vào các bệnh mà bé đã mắc. 今までにかかった病気に✓をつけてください。 | |
| <input type="checkbox"/> Sởi 麻疹 <input type="checkbox"/> Thủy đậu 水痘 <input type="checkbox"/> Quai bị 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> Rubella 風疹 <input type="checkbox"/> Ho gà 百日咳 | |
| 【2】 Bé có từng đi khám do mắc bệnh nào khác hay do gặp tai nạn không? その他の病気が事故で医師にかかりましたか。 | |
| <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ (Tên bệnh 病名・tai nạn 事故名 ____) | |
| 【3】 Trong các lần khám sức khỏe trước của bé, có từng được nhắc nhở hoặc lưu ý điều gì không? 今までの健診で何か言われましたか。 | |
| <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ | |
| Nếu "có", nội dung được nói là gì? 「はい」の場合は、何と言われましたか? (____) | |
| Tình trạng dinh dưỡng hiện tại 現在の栄養状況 | Số bữa ăn 食事の回数 lần 回 / ngày 日 |
| | Số lần ăn vặt おやつ回数 lần 回 / ngày 日 |
| | Nội dung 内容 Đồ uống 飲み物 (____) Đồ ăn 食べ物 (____) |

| | | | |
|---|--|---------|----------------------|
| | Bé đã dùng bình sữa đến khi nào? 哺乳瓶はいつまで使っていましたか。 | | |
| | _____ tuổi 歳 _____ | tháng 月 | |
| Tình trạng phát triển của bé đến hiện tại 現在の発達の状況 | Cổ cứng cáp 首すわり | tháng 月 | Ngồi োসុវរិ |
| | Bò ハイハイ | tháng 月 | Bắt đầu biết đi 歩き始め |

Bản câu hỏi khám sức khỏe trẻ 1 tuổi 6 tháng 1歳6か月児健康診査アンケート

| | |
|---|---|
| 【1】 Bé có thể tự đi vững không? ひとりで上手に歩きますか。 | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【2】 Bé có viết nguệch ngoạc không? なぐり書きをしますか。 | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【3】 Bé có tự cầm thìa/dĩa để ăn không? 自分でスプーンやフォークを使って食べますか。 | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【4】 Khi được nói "mang ○○ lại đây", bé có làm theo không? 「○○を持ってきて」に応じますか。 | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【5】 Khi được hỏi "đâu là con chó", bé có chỉ vào hình ảnh con chó trong sách tranh không? 「ワンワンどれ?」で絵本の中の絵を指さしますか。 | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【6】 Bé có nói được ba từ có nghĩa trở lên, ví dụ như "Bố," "Mẹ", "ô tô", v.v. không? 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"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【7】 Hãy ghi những từ khác mà bé có thể nói được 他に言える言葉を書いてください。 | |
| 【8】 Bé có chơi đẩy ô tô đồ chơi hoặc bế búp bê không? 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"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【9】 Bé có bắt chước hành động của người lớn (chải tóc, v.v.) không? 大人のしぐさのまね(髪をとかすなど)をしますか。 | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【10】 Khi bị đau hoặc buồn, bé có bám mẹ hoặc người thân quen không? 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"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【11】 Bạn có từng cảm thấy điều gì bất thường về ánh mắt hoặc chuyển động mắt của bé không? 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"/> Không いいえ <input type="checkbox"/> Có はい |
| 【12】 Khi bạn nhẹ nhàng đến gần và gọi tên bé bằng giọng thì thầm, bé có quay lại không? 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"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【13】 Bạn có chải răng cho bé hàng ngày không? 歯を毎日磨いてあげていますか。 | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【14】 Bé có còn bú mẹ vào ban đêm cho đến gần đây không? 夜間の授乳は最近まで続いていますか。 | <input type="checkbox"/> Không いいえ <input type="checkbox"/> Có はい |
| 【15】 Giờ ăn của bé có cố định không? 食事時間は決まっていますか。 | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【16】 Bé có ăn cùng với người lớn không? 食事は大人と一緒に食べていますか。 | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【17】 Bé có ngậm đồ ăn trong miệng lâu hoặc nuốt mà không nhai không? 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"/> Không いいえ <input type="checkbox"/> Có はい |
| 【18】 Bạn có lo lắng gì về vấn đề ăn uống của bé không? 食事に関する心配がありますか。 | <input type="checkbox"/> Không いいえ <input type="checkbox"/> Có はい |
| 【19】 Bạn (mẹ của bé) có cảm thấy vui khi ở bên con không? お母さんは、子どもと一緒にいて楽しいですか。 | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| 【20】 Bố của bé có hỗ trợ trong việc nuôi dạy con cái không? お父さんは、育児に協力的ですか。 | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |

【21】 Nếu có bất kỳ điều gì bạn lo lắng hoặc muốn trao đổi, vui lòng ghi vào đây.

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。

Lưu ý: Phiếu khám này sẽ không được sử dụng cho mục đích nào khác ngoài hoạt động chăm sóc sức khỏe mẹ và bé.

*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。