

3 वर्ष/3 वर्ष 6 महिनाको बाल बच्चाको लागि स्वास्थ्य जाँच प्रश्नावली

3歳児/3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>だいに</small> 第 <small>し</small> 子
जन्ममिति <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日	साल <small>ねん</small> 年 महिना <small>がつ</small> 月 तारिख <small>にち</small> 日 (<small>さい</small> बर्ष <small>さい</small> 歲 <small>がつ</small> महिना <small>にち</small> 月)
आमाको नाम <small>はは</small> 母 <small>しめい</small> 氏名	
पेशा <small>しよくぎやう</small> 職業 :	जन्ममिति <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日 : साल <small>ねん</small> 年 महिना <small>がつ</small> 月 तारिख <small>にち</small> 日
बुबाको नाम <small>ちち</small> 父 <small>しめい</small> 氏名	
पेशा <small>しよくぎやう</small> 職業 :	जन्ममिति <small>せいねんがっぴ</small> 生年月日 : साल <small>ねん</small> 年 महिना <small>がつ</small> 月 तारिख <small>にち</small> 日
ठेगाना <small>じゅうしょ</small> 住所	(<small>〒</small> -)
फोन नम्बर <small>でんわばんごう</small> 電話番号	
पारिवारिक अवस्था <small>かぞくじょうきょう</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>ひるまほいくしゃ</small> 屋間の保育者に <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>た</small> 其他 ()
	सँगै बस्ने परिवार <input checked="" type="checkbox"/> चिन्ह लगाउनुहोस् <small>どうきょしや</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>た</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 <small>びやうき</small> 病気がありましたら、記入してください。	
रोगको प्रकार <small>ないよう</small> 内容 : _____	रोगको प्रकार <small>ないよう</small> 内容 : _____
अस्पतालको नाम <small>びやういんめい</small> 病院名 : _____	अस्पतालको नाम <small>びやういんめい</small> 病院名 : _____
अस्पताल धाउने संख्या <small>ひんどう</small> 頻度 : _____	अस्पताल धाउने संख्या <small>ひんどう</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 <small>びやうき</small> 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"/> मम्प्स <small>りゅうこうせいじ</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>た</small> その他の <small>びやうき</small> 病気が <small>じ</small> 事故 <small>いし</small> 事故で <small>いし</small> 医師 <small>いし</small> 医師にかかりましたか。	
<input type="checkbox"/> हो <small>はい</small> はい	
<input type="checkbox"/> होइन <small>いいえ</small> いいえ (रोगको नाम <small>びやうめい</small> 病名・दुर्घटनाको नाम <small>じ</small> 事故名 _____)	
[3] बच्चाले लगाइसकेको खोपहरूमा टिक चिन्ह लगाउनुहोस्। <small>いま</small> 今までに <small>う</small> 受けた <small>よぼうせっしゆ</small> 予防接種 <input checked="" type="checkbox"/> につけてください。	
BCG <small>BCG</small> <input type="checkbox"/> लगायो <small>すみ</small> 済 <input type="checkbox"/> लगाएको छैन <small>か</small> 未	ठेउला <small>すいとう</small> 水痘 <input type="checkbox"/> 1पटक <small>かい</small> 1回 <input type="checkbox"/> 2पटक <small>かい</small> 2回
चार प्रकारको मिश्रण खोप <small>よんしゆこんごう</small> 四種混合	<input type="checkbox"/> 1पटक <small>かい</small> 1回 <input type="checkbox"/> 2पटक <small>かい</small> 2回 <input type="checkbox"/> 3पटक <small>かい</small> 3回 <input type="checkbox"/> थप <small>ついか</small> 追加 <input type="checkbox"/> लगाएको छैन <small>か</small> 未
बाल चिकित्सा न्यूमोकोकस <small>しょうにょうはいえんきゅうきん</small> 小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1पटक <small>かい</small> 1回 <input type="checkbox"/> 2पटक <small>かい</small> 2回 <input type="checkbox"/> 3पटक <small>かい</small> 3回 <input type="checkbox"/> 4पटक <small>かい</small> 4回
हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा HIB (इन्फ्लुएन्जा भाइरस b) HiB (インフルエンザ菌b型)	<input type="checkbox"/> 1पटक <small>かい</small> 1回 <input type="checkbox"/> 2पटक <small>かい</small> 2回 <input type="checkbox"/> 3पटक <small>かい</small> 3回 <input type="checkbox"/> 4पटक <small>かい</small> 4回
दादुरा・रुबेला (मिश्रण) <small>ましん</small> 麻疹・ <small>ふうしん</small> 風疹 (混合)	<input type="checkbox"/> 1पटक <small>かい</small> 1回

दादुरा (सिंगल) 麻疹 (単独)	<input type="checkbox"/> 1पटक 1回	रुबेला (सिंगल) 風疹 (単独)	<input type="checkbox"/> 1पटक 1回
जापानीज इन्सेफलाइटिस 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1पटक 1回	<input type="checkbox"/> 2पटक 2回	<input type="checkbox"/> लगाएको छैन 未
हेपाटाइटिस B B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1पटक 1回	<input type="checkbox"/> 2पटक 2回	<input type="checkbox"/> 3पटक 3回
[4] अहिलेसम्मको स्वास्थ्य परिक्षणमा केहि भनिएको थियो? 今までの健診で何か言われましたか。 <input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ 「हो」 यदि त्यसो हो भने, के भनियो? 「हो」の場合は、何と言われましたか? (_____)			

3 वर्ष र 6 महिना बच्चाको स्वास्थ्य जाँच प्रश्नावली

3歳6か月児健康診査アンケート

[1] हात नसमातीकन दुवै खुट्टा अगाडी बढाएर सीढी उक्लन सक्छ? 手をつながずに、足を交互に出して階段を上げますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[2] नक्कल गरेर ० लेख्न सक्छ? मानेをして〇が描けますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[3] 「बुबा, काम, छ」 शब्द वाक्य प्रयोग गरेर कुराकानी गर्न सक्छ? 「パパ、カイシャ、イッタ」等の3語文で会話が出来ますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[4] आमा बाट अलग भएर साथी सँग खेल्न सक्छ? お母さんから離れて、友達と遊ぶことができますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[5] राम्ररी नसकेपनि सहयोग गरेमा रिसाएर जे पनि आफै गर्न खोज्छ? うまくできなくても、手伝うと怒るなど何でも自分でやりたがりますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[6] काठको खेलौना बाट रेल वा घर जस्तो बनाएर खेल्छ? 積み木などを電車や家にみたくて遊びますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[7] लुगा लगाउने खोलने लगभग आफु एकलैले गर्छ? 衣服の着脱をほとんど一人でしますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[8] मनमा लागेको कुनै “बानी” छ? 氣になっている “くせ” はありますか。	<input type="checkbox"/> होइन いいえ <input type="checkbox"/> हो है
[9] दिशा पिसाब शौचालयमा गर्न सक्छ? “おしっこ” や “うんち” はトイレで出来ますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[10] बिहान उठ्ने बेलुका सुत्ने समय कति बजे हो? 起床時間、就寝時間は何時ですか。	
उठ्ने 起床: (_____) बजे तिर 時頃	सुत्ने 就寝: (_____) बजे तिर 時頃
[11] बिहानको खाजा कति बजे हो? 朝食は何時ごろですか。	बजे तिर 時頃
[12] खाना खाने बेला भोक लागेको हुन्छ? 食事のとき、お腹がすいていますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[13] प्राय खाने मिठाई र दिनमा कति पटक? よく食べるお菓子と一日の回数は。	
प्रकार 種類 _____	_____ पटक 回 / दिनमा 日
प्राय पिउने पेय पदार्थ र दिनमा कति पटक? よく飲む飲み物と一日の回数は。	
प्रकार 種類 _____	_____ पटक 回 / दिनमा 日
[14] खानपिनको बारेमा कुनै समस्या छ? 食事について困っていることはありますか。	<input type="checkbox"/> होइन いいえ <input type="checkbox"/> हो है
[15] अबिभावकले दाँत माइन सहयोग गर्छ? 親が歯磨きを手伝いますか。	<input type="checkbox"/> हो है <input type="checkbox"/> होइन いいえ
[16] 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
[17] 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
[18] 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。