

Health Checkup Questionnaire para sa 3 Taong Gulang na Bata /3 Taon at 6 na Buwang Gulang na Bata

3歳児/3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 <input checked="" type="checkbox"/> ang nag-aalaga sa bata sa araw. 昼間の保育者に <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> ang mga taong kasamang nakatira sa bahay. 同居者に <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> ang mga naging sakit nito sa nakaraan. 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"/> 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】Markahan ng <input checked="" type="checkbox"/> ang mga bakuna na natanggap na nito. 今までに受けた予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。	
BCG bakuna/vaccine BCG	<input type="checkbox"/> Tapos na/vaccinated 済 <input type="checkbox"/> Hindi pa/unvaccinated 未

Chickenpox vaccine 水痘 <small>すいとう</small>	<input type="checkbox"/> 1st dose 1回 <input type="checkbox"/> 2nd dose 2回
DTP-IPV 四種混合 <small>よんしゆこんごう</small>	<input type="checkbox"/> 1st dose 1回 <input type="checkbox"/> 2nd dose 2回 <input type="checkbox"/> 3rd dose 3回 <input type="checkbox"/> karagdagang/additional dose 追加 <input type="checkbox"/> Hindi pa/unvaccinated 未
Pediatric pneumococcal vaccine 小児用肺炎球菌 <small>しょうに ようはいえんきゅうきん</small>	<input type="checkbox"/> 1st dose 1回 <input type="checkbox"/> 2nd dose 2回 <input type="checkbox"/> 3rd dose 3回 <input type="checkbox"/> 4th dose 4回
Hib(Haemophilus influenzae type b) vaccine ヒブ (インフルエンザ菌b型) <small>かた</small>	<input type="checkbox"/> 1st dose 1回 <input type="checkbox"/> 2nd dose 2回 <input type="checkbox"/> 3rd dose 3回 <input type="checkbox"/> 4th dose 4回
MR(Measles・Rubella) (mixed) vaccine 麻疹・風疹 (混合) <small>ましん ふうしん こんごう</small>	<input type="checkbox"/> 1st dose 1回
Measles (single) vaccine 麻疹 (単独) <small>ましん たんどう</small>	<input type="checkbox"/> 1st dose 1回
Rubella (single) vaccine 風疹 (単独) <small>ふうしん たんどう</small>	<input type="checkbox"/> 1st dose 1回
Japanese encephalitis vaccine 日本脳炎 <small>にほんのうえん</small>	<input type="checkbox"/> 1st dose 1回 <input type="checkbox"/> 2nd dose 2回 <input type="checkbox"/> hindi pa/unvaccinated 未
Hepatitis B vaccine B型肝炎 <small>がたかんえん</small>	<input type="checkbox"/> 1st dose 1回 <input type="checkbox"/> 2nd dose 2回 <input type="checkbox"/> 3rd dose 3回
【4】 May nasabi na ba and doktor tungkol sa mga nakaraang medical checkup nito? 今までの健診で何か言われましたか。 <small>いま けんしん なに い</small>	
<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> 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? (_____)	

Health Checkup Questionnaire para sa 3 Taon at 6 na Buwang Gulang na Bata

3歳6か月児健康診査アンケート

【1】 Kaya ba nitong umakyat sa hagdanan, na salit-salit ang mga paa, nang hindi hinahawakan ang kamay? 手をつながずに、足を交互に出して階段を上れますか。 <small>て あし こうご だ かいだん あ</small>	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
【2】 Maari ba itong mag-drawing ng O pamamagitan ng pagkopya? まねをしてOが描けますか。 <small>か</small>	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
【3】 Maaari ba itong makipag-usap gamit ang mga pangungusap na may tatlong salita tulad ng "Si papa, pumunta, ng office/kaisya"? 「パパ、カイシャ、イッタ」等の3語文で会話が出来ますか。 <small>など ごぶん かいわ</small>	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
【4】 Maaari ba itong humiwalay sa iyo (sa ina) at makipaglaro sa mga kaibigan? お母さんから離れて、友達と遊ぶことができますか。 <small>かあ はな ともだち あそ</small>	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
【5】 Kahit na hindi nito magawa ang mga bagay ng maayos, nais ba nitong gawin lahat ng mag-isa at nagagalit ba ito kapag tinutulungan? 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。 <small>てつだ おこ なん じぶん</small>	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
【6】 Naglalaro ka ba ito ng mga laruang bloke at gumagawa ng mga gusali na parang mga tren o bahay? 積み木などを電車や家に見たてて遊びますか。 <small>つみ だんしゃ いえ あそ</small>	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
【7】 Madalas ba itong nagsusuot at naghuhubad ng mga damit nang mag-isa? 衣服の着脱をほとんど一人でしますか。 <small>いぶく ちゃくだつ ひとり</small>	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
【8】 Mayroon ba itong "ugali/habits" na pinag-aalalahanan mo? 気になっている“くせ”はありますか。	<input type="checkbox"/> Hindi いいえ <input type="checkbox"/> Oo はい
【9】 Marunong ba itong umihi o tumae sa banyo? “おしっこ”や“うんち”はトイレで出来ますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
【10】 Anong oras itong gumigising at natutulog? 起床時間、就寝時間は何時ですか。 <small>きしやうじかん しゅうしんじかん なんじ</small>	
gumigising ng mga alas- 起床 () 時頃	natutulog ng mga alas- 就寝 () 時頃 <small>きしやうしん じころ</small>
【11】 Anong oras itong kumakain ng almusal? 朝食は何時ごろですか。 <small>ちやうしよく なんじ</small>	mga alas- 時頃 <small>じころ</small>

【12】 Nagugutom ka ba ito kapag oras ng kainan? <small>しよくじ なか</small> 食事のとき、お腹がすいていますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
【13】 Anong mga sweets/snack na madalas nitong kainin at ilang beses sa isang araw? <small>た が し いちにち かいすう</small> よく食べるお菓子と一日の回数は。 mga uri ng sweets/snack <small>しゆ るい</small> 種類 _____	_____ beses <small>かい</small> 回 / araw <small>にち</small> 日
Anong mga inumin ang madalas nitong inumin at ilang beses sa isang araw? <small>の の もの いちにち かいすう</small> よく飲む飲み物と一日の回数は。 mga uri ng inumin <small>しゆ るい</small> 種類 _____	_____ beses <small>かい</small> 回 / araw <small>にち</small> 日
【14】 May problema ka ba sa pagkain nito? <small>しよくじ ごま</small> 食事について困っていることはありますか。	<input type="checkbox"/> Hindi いいえ <input type="checkbox"/> Oo はい
【15】 Tinutulungan ba ng mga magulang sa pagsisipilyo ng mga ngipin nito? <small>おや は みが て つだ</small> 親が歯磨きを手伝いますか。	<input type="checkbox"/> Oo はい <input type="checkbox"/> Hindi いいえ
【16】 Masaya ka (ang ina) ba kapag kasama mo ito? <small>かあ こ っしょ 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
【17】 Tumutulong ba ang ama sa pag-aalaga nito? <small>とお いく し 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
【18】 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。	

* This questionnaire will not be used for purposes other than maternal and child health services.

*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。