

婴幼儿体检问诊表（30~36个月用）

受检者姓名		身份证号码		监护人联系方式	
监护人姓名		与体检者的关系		邮箱地址	

婴幼儿健康体检的目的在于确认婴幼儿的成长与发育是否正常，而不是为了发现某种特定疾病。是否已清楚这一事实？是 ☐ 否 ☐


1. 孩子的出生年月日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

2. 出生时的体重：■. ■ kg（小数点后一位）

3. 请标示出截至目前接受过的预防接种。（请在相应栏中，标示出接种次数。）


	BCG	B型肝炎	DPT	小儿麻痹(脊髓灰质炎)	肺炎球菌	B型嗜血杆菌	麻疹、腮腺炎、风疹	水痘	日本脑炎
实施次数									

4. 是否因发育问题接受过诊疗，或患有某种疾病正在接受治疗？ ①是 ②否 如果有的话，请详细陈述诊断名称？\_\_\_\_\_

视觉


是① 否②

1	是否存在无法正常对视或瞳孔晃动的情况？	① ②
2	看正面(前方物体)时，是否存在总是转过脸盯着一边看或歪着头看的现象？	① ②
3	是否存在近距离看书/TV/物体等或眯眼看物体的情况？	① ②
4	让孩子遮着一边眼睛看物体时，是否感觉其两眼的视力不同？	① ②

听觉

是① 否②


1	孩子说话的单词个数是否正在不断增多？	① ②
2	是否能够两三个音节连起来说话？（‘都给我。’，‘给我念书吧。’等）	① ②
3	TV 声音是否调的比其他人大？	① ②
4	孩子是否能够使用含有K, T, P, G等辅音的单词？	① ②
5	是否多次患过急性中耳炎？(6个月患 4次以上, 1年内患 6次以上)	① ②

安全

安全事故预防教育


是① 否②

1	孩子是否曾在车辆来来往往的大街上玩耍过？	① ②
2	楼梯、窗户、阳台附近是否有为孩子准备安全装置？	① ②
3	火柴或打火机是否保管在孩子手够不到的地方？	① ②
4	有无将孩子独自留在车内的经历？	① ②
5	危险的电器产品，电源，电插座等是否都放置在孩子手够不到的地方？	① ② ③ ④
6	药品及化学制品(漂白剂，清洗剂等)、尖锐物品等是保管在孩子手够不到的地方？	① ②
7	当带着孩子开车时，应该怎样做？ ① 使用儿童座椅      ② 使用辅助座椅 ③ 系安全带          ④ 直接让孩子坐	① ② ③ ④

关于生活在电子媒介环境下的相关教育

是① 否②

1	是否在孩子睡觉的房间内使用TV或网络？	① ②
2	家庭内部是否有关于TV或网络、手机使用的规定？	① ②
3	监护人是否了解孩子经常用智能手机使用的APP或游戏图像是什么？	① ②
4	孩子在使用手机、网络或看TV,电影,录像时，监护人是否一起陪同？	① ②
5	孩子使用手机时，是否经常趴着或侧着看？	① ②

营养教育

1	孩子的食欲怎么样？ ① 好 ② 一般 ③ 差	① ② ③
2	孩子一天吃几餐？ ① 1餐 ② 2餐 ③ 3餐 ④ 4次以上	① ② ③ ④
3	孩子一天吃几次零食？ ① 1餐 ② 2餐 ③ 3次以上	① ② ③
4	孩子一周内有几天与家人一起吃饭？ ① 1~2日 ② 3~4日 ③ 5日以上	① ② ③
5	孩子一天喝多少新鲜牛奶？ ① 不喝 ② 低于200 mL ③ 200~499 mL ④ 500~999 mL ⑤ 1,000 mL 以上	① ② ③ ④ ⑤
6	孩子经常吃甜食吗？(例如：糖果，饼干，蛋糕，果汁，含糖饮料等) ① 是 ② 否	① ②
7	是否曾因担心孩子过敏而限制过孩子饮食？ ① 是 ② 否	① ②
8	孩子一天是否做1小时以上能出汗的身体活动(游戏，运动等)？ ① 是 ② 否	① ②

※ 如果您接收的体检已超过规定的体检次数，该体检费用则将被认作是不当所得款并予以追回。