

Kuesioner pemeriksaan kesehatan untuk bayi (Untuk usia 66–71 bulan)

Nama subjek		Nomor daftar penduduk		No telepon wali	
Nama wali		Hubungan dengan subjek		Alamat email	

Tujuan pemeriksaan kesehatan untuk bayi adalah untuk memeriksa pertumbuhan dan perkembangan yang normal dan bukan untuk mendeteksi penyakit tertentu. Apakah Anda mengerti tujuan pemeriksaan ini?

Ya ☐ Tidak ☐

1. Tanggal lahir anak: Tahun Bulan Hari 2. Berat lahir: ■ ■ kg (dibulatkan ke puluhan terdekat)

3. Harap periksa vaksinasi yang telah diselesaikan hingga saat ini. (Harap tunjukkan frekuensi pada kotak yang sesuai.)

	BCG	Hepatitis B	DPT	Poliomielitis (polio)	Pneumokokus	Hemofilus B	Campak, gondong, rubela	Cacar air	Ensefalitis Jepang
Jumlah terselesaikan									

4. Pernahkah bayi Anda didiagnosis dengan masalah perkembangan, atau apakah saat ini ia sedang menjalani pengobatan untuk suatu penyakit?

① Ya ② Tidak Jika Anda menjawab “ya,” bagaimana diagnosis khususnya? _____



Penglihatan

Ya ① Tidak ②

1	Apakah posisi pupil bayi terlihat aneh?	① ②
2	Apakah bayi menolehkan kepalanya dan menoleh ke kanan dan kiri untuk melihat ke depan (benda-benda di depannya) atau apakah ia melihat dengan memiringkan kepalanya?	① ②
3	Apakah bayi Anda membaca buku/menonton TV/melihat dengan jarak yang sangat dekat atau mengerutkan mata saat melihat?	① ②
4	Apakah ketajaman penglihatan masing-masing mata anak Anda terlihat berbeda ketika membandingkannya dengan cara memintanya melihat sambil menutup salah satu mata?	① ②



Edukasi pencegahan kecelakaan

Ya ① Tidak ②

1	Apakah anak selalu mengenakan helm dan alat pelindung persendian saat mengendarai sepeda, memakai sepatu roda, dll.?	① ②
2	Apakah anak pernah menyeberang jalan sendirian?	① ②
3	Apakah Anda meletakkan anak Anda di tempat duduk tambahan dan mengencangkan sabuk pengamannya saat membawanya berkendara dalam mobil?(Jika Anda tidak memiliki mobil ③)	① ③ ②
4	Apakah anak tahu nomor telepon yang harus dihubungi jika terjadi kebakaran?	① ②
5	Apakah Anda memperbolehkan anak bermain di taman bermain sendirian agar Anda dapat melakukan aktivitas lainnya?	① ②



Edukasi nutrisi

1	Apakah anak memiliki kebiasaan untuk sarapan? ① Ya ② Biasanya, tapi tidak setiap hari ③ Tidak	① ② ③
2	Berapa banyak makan malam yang dilakukan keluarga dalam seminggu? ① 1–2 kali ② 3–4 kali ③ Lebih dari 5 kali	① ② ③
3	Apakah anak sering mengonsumsi produk susu yang mengandung kalsium (seperti susu, yogurt tawar, keju, dll.)? ① Ya ② Tidak	① ②
4	Kapan anak makan makanan ringan? ① Ia tidak makan makanan ringan. ② Antara waktu makan utama ③ Sebelum tidur atau saat malam sudah larut ④ Kapan pun ia mau	① ② ③ ④
5	Jenis makanan apa yang biasanya ia makan sebagai makanan ringan? (Harap centang semua jumlah yang sesuai bila berlaku.) ① Minuman mengandung gula (mis.: Minuman berkarbonasi, minuman olahraga, minuman anak-anak, dll.) ② Makanan berminyak, manis, atau asin (mis.: Makanan cepat saji, makanan setengah matang, dll.) ③ Tidak berlaku	① ②
6	Apakah anak Anda melakukan berbagai aktivitas fisik yang menguras tenaga (bermain, olahraga, dll.) selama lebih dari 1 jam sehari? ① Ya ② Tidak	① ②

※ Jika Anda menerima pemeriksaan kesehatan melebihi jumlah yang ditentukan, biayanya akan ditarik kembali dari Anda sebagai pengayaan yang tidak adil.



Indera pendengaran

Ya ① Tidak ②

1	Apakah anak mampu melafalkan sebagian besar vokal dan konsonan dengan tepat?	① ②
2	Apakah anak memahami dengan jelas apabila diberi tahu dengan suara yang lemah?	① ②
3	Apakah anak mudah berkomunikasi dengan orang lain secara verbal?	① ②
4	Apakah anak mampu mengulangi secara persis apa yang diucapkan orang dewasa?	① ②
5	Apakah ada kerabat atau orang tua yang menderita kerusakan pendengaran sejak masa kecil?	① ②



Edukasi kesiapan pra-sekolah

Ya ① Tidak ②

1	Apakah anak mampu membedakan sendiri antara perilaku baik dan buruk?	① ②
2	Apakah anak mampu menunggu apa yang ingin dilakukan, dimakan, dan dimiliki?	① ②
3	Apakah anak mampu bermain bersama anak lain dengan baik? (mis.: Apakah anak mampu melakukan kompromi saat bermain dengan teman-temannya?)	① ②
4	Apakah anak mampu duduk di satu tempat (tidak berpindah-pindah) selama pelajaran di playgroup atau TK?	① ②
5	Apakah anak mampu mengikuti instruksi orang dewasa dan aturan yang diberikan oleh orang tua atau guru?	① ②
6	Apakah anak sulit berpisah dari orang tuanya saat sekolah TK?	① ②
7	Apakah anak mampu pergi ke toilet sendiri?	① ②
8	Apakah anak mampu meminta bantuan dari orang lain jika perlu?	① ②
9	Apakah anak bangun dan tidur secara teratur?	① ②