

Kuesioner pemeriksaan kesehatan untuk bayi (untuk usia 9-12 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. Apakah bayi lahir prematur? ① Ya (≠ Tanggal perkiraan lahir? Tahun Bulan Hari) ② Tidak	
4. 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
Jumlah terselesaikan	

5. 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 bayi Anda dapat melakukan kontak mata dengan baik?	① ②
2	Apakah posisi pupil bayi terlihat aneh? (Apakah mata merapat ke dalam atau ke luar tanpa fokus?)	① ②
3	Apakah pupil bayi tidak jelas?	① ②
4	Apakah ada anggota keluarga Anda yang memiliki gangguan genetik pada mata?	① ②



Edukasi pencegahan kecelakaan

Ya ① Tidak ②

1	Apakah bayi bermain dengan benda-benda kecil seperti kacang, anggur, atau kancing baju?	① ②
2	Apakah Anda pernah menggunakan baby walker untuk bayi Anda?	① ②
3	Apakah Anda meletakkan minuman atau makanan panas di tepi meja?	① ②
4	Pernahkah Anda meninggalkan bayi Anda sendiri di bak mandi, bathtub, atau kamar mandi meskipun hanya sedetik?	① ②
5	Apakah Anda memasang tempat duduk untuk bayi yang menghadap ke belakang? (Jika Anda tidak memiliki tempat duduk bayi atau mobil ③)	① ② ③



Indera pendengaran

Ya ① Tidak ②

1	Apakah bayi merespons suara memanggil nama, dering telepon, suara manusia, dll.?	① ②
2	Apakah bayi mendekut dan berceloteh bahkan saat sendirian?	① ②
3	Apakah bayi mencari dan mengikuti asal datangnya suatu suara?	① ②
4	Apakah bayi mendengarkan Anda sebagai bentuk konsentrasi saat Anda berbicara dengannya?	① ②
5	Apakah bayi menghasilkan suara yang menyerupai bunyi b, p, dan m?	① ②



Edukasi kesehatan mulut

Ya ① Tidak ②

1	Apakah bayi tertidur dengan botol minuman bayi tetap dalam mulutnya atau saat sedang disusui?	① ②
2	Apakah Anda melatih bayi agar menyapih dari botol minuman bayi?	① ②
3	Apakah Anda merasa bayi memiliki karies gigi?	① ②
4	Apakah bayi memiliki gigi dengan bintik putih?	① ②
5	Apakah Anda merasa kebersihan mulut bayi sudah baik?	① ②
6	Apakah Anda menggosok gigi bayi secara teratur?	① ②



Edukasi nutrisi

1	Seberapa sering bayi mengonsumsi makanan tambahan (makanan bayi)? ① Sekali ② 2 kali ③ 3 kali ④ Lebih dari 4 kali	① ② ③ ④
2	Jenis makanan apa yang Anda berikan kepada bayi sebagai makanan tambahan (makanan bayi)? (Harap centang semua jumlah yang sesuai bila berlaku.) ① Sereal ② Sayuran ③ Buah ④ Telur ⑤ Ikan ⑥ Daging	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
3	Saat ini makanan apa yang sedang Anda berikan kepada bayi Anda? (Harap centang semua jumlah yang sesuai bila berlaku.) ① ASI ② Susu formula bubuk biasa ③ Susu formula bubuk khusus ④ Susu segar ⑤ Produk susu hasil fermentasi (Keju/yogurt tawar, dll)	① ② ③ ④ ⑤
4	Apakah Anda pernah memberikan makanan berikut kepada bayi? (Harap centang semua jumlah yang sesuai bila berlaku.) ① Bubuk gandum ② Madu ③ Garam atau gula ④ Tidak berlaku	① ② ③ ④

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