[6] 단순서식변경

Kuesioner pemeriksaan kesehatan untuk bayi (Untuk usia 18-24 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	Campak, gondong, rubela	Cacar air	Ensefalitis Jepang
Jumlah terselesaikan									

5. Pernahkah bayi Anda didiagnosis dengan masalah perkembangan, atau apakah saat ini ia sedang menjalani pengobatan untuk suatu penyakit?
①Ya ② Tidak Jika Anda menjawab "ya," bagaimana diagnosis khususnya?_____

Penglihatan

Ya ① Tidak ②

1	Apakah bayi Anda mengalami kesulitan melakukan kontak mata, atau pupilnya tidak merespons?	①	②
2	Apakah pupil bayi tidak jelas?	①	②
3	Apakah bayi memutar atau memiringkan kepalanya untuk melihat ke depan (objek di depannya) dengan tatapan lateral?	①	②
4	Apakah bayi Anda membaca buku/menonton TV/melihat dengan jarak yang sangat dekat atau mengerutkan mata saat melihat?	①	②

Edukasi pencegahan kecelakaan

Ya ① Tidak ②

1	Apakah Anda sudah menjauhkan obat-obatan, bahan kimia (pemutih, deterjen, dll.), dan benda-benda tajam dari jangkauan anak-anak?	①	②
2	Apakah Anda menjauhkan tempat tidur bayi dari jendela atau tirai?	①	②
3	Apakah Anda mengubah arah pegangan peralatan dapur di atas kompor sehingga jauh dari jangkauan bayi?	①	②
4	Pernahkah Anda meninggalkan bayi Anda duduk sendiri di bak mandi atau bathtub meskipun hanya sedetik?	①	②
5	Bagaimana Anda mendudukkan anak Anda di dalam mobil? ① Menggunakan tempat duduk mobil ② Menggunakan tempat duduk tambahan ③ Mengenakan sabuk pengaman ④ Hanya mendudukkan tanpa peralatan apa pun	① ③	② ④

Indera pendengaran

Ya ① Tidak ②

1	Apakah bayi mampu membedakan suara dengan volume normal dari segala arah?	①	②
2	Apakah bayi memahami dan merespons pertanyaan ya/ tidak yang sederhana, seperti "Kamu lapar?" atau "Kamu ingin pipis?"	①	②
3	Apakah bayi mampu mengucapkan namanya (meskipun tidak terlalu akurat)?	①	②
4	Apakah bayi mampu menemukan letak gambar suatu objek dalam buku saat Anda memberitahukan namanya?	①	②
5	Apakah bayi paham saat mendengar instruksi lisan sederhana (Beri aku cangkir, ambil bolanya, dll.)?	①	②

Pelatihan toilet

Ya ① Tidak ②

1	Apakah jangka waktu pipis bayi lebih lama daripada sebelumnya? (sekitar 2 jam)	①	②
2	Apakah anak mampu melepas celananya sendiri?	①	②
3	Apakah anak mampu memahami atau mengungkapkan aktivitas buang airnya dengan kata-kata (berak, pipis, dll.)?	①	②
4	Apakah anak menunjukkan antusiasme dengan toilet?	①	②
5	Apakah anak buang air besar dengan lancar dan teratur?	①	②
6	Apakah Anda pernah menjalani latihan buang air?	①	②

Edukasi nutrisi

1	Apakah anak mengonsumsi makanan secara teratur di tempat dan waktu yang sudah ditentukan? ① Ya ② Tidak	① ②
2	Apakah anak menggunakan botol minuman bayi? ① Ya ② Tidak	① ②
3	Bagaimanakah cara Anda memasak makanan anak Anda? ① Menggunakan garam dengan jumlah yang sama seperti dalam makanan orang dewasa ② Menggunakan garam dengan jumlah lebih sedikit dari makanan orang dewasa ③ Tidak menggunakan garam sama sekali	① ② ③
4	Berapa banyak jus buah atau minuman mengandung gula (mis. minuman berkarbonasi, minuman olahraga, minuman anak-anak, dll) yang dikonsumsi anak dalam satu hari? ① Kurang dari 200 mL (1 cangkir penuh) ② 200-499 mL ③ Lebih dari 500 mL	① ② ③
5	Jenis makanan apa yang Anda berikan kepada anak pada siang hari? (Harap centang semua jumlah yang sesuai bila berlaku.) ① Serealia ② Sayuran ③ Buah ④ Daging/ikan/telur/kacang-kacangan ⑤ Susu dan produk susu ⑥ Lainnya	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
6	Bagaimanakah anak bereaksi saat Anda memberinya makanan? ① Dia makan dengan baik dan tidak pilih-pilih apa pun yang diberikan. ② Dia hanya makan satu atau dua jenis makanan yang ingin dia makan. ③ Dia tidak memilih makanan tertentu untuk dimakan, tapi makannya hanya sedikit. ④ Dia membenci makanan karena harus mengunyahnya. ⑤ Dia tidak tertarik dengan makanan.	① ② ③ ④ ⑤
7	Apakah Anda suka berbagi makanan dengan anak Anda? ① Ya ② Tidak	① ②

8	Apakah Anda menawarkan tambahan diet anak selain makanan? (misal. vitamin, mineral, probiotik, ginseng merah, dll.) 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.