

## Kuesioner pemeriksaan kesehatan untuk bayi (untuk usia 30-36 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 bayi Anda mengalami kesulitan melakukan kontak mata, atau pupilnya tidak merespons?	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 Anda suka bermain di jalan yang banyak mobil lalu lalang?	① ②
2	Apakah ada perangkat keamanan untuk anak di tangga, jendela, dan area balkon?	① ②
3	Apakah Anda menjauhkan korek api atau korek gas dari jangkauan anak-anak?	① ②
4	Pernahkah Anda meninggalkan anak Anda sendirian di dalam mobil?	① ②
5	Apakah Anda menjauhkan peralatan elektronik yang dapat mencederaikan anak, seperti kabel listrik, stopkontak, dll., dari jangkauan anak-anak?	① ② ③ ④
6	Apakah Anda sudah menjauhkan obat-obatan, bahan kimia (pemutih, deterjen, dll.), dan benda-benda tajam dari jangkauan anak-anak?	① ②
7	Bagaimana Anda mendudukkan anak Anda di dalam mobil? ① Menggunakan tempat duduk khusus bayi di mobil ② Menggunakan tempat duduk tambahan ③ Mengenakan sabuk pengaman ④ Hanya mendudukkan tanpa peralatan apa pun	① ② ③ ④



## Edukasi nutrisi

1	Bagaimanakah dengan nafsu makan anak?	① Baik ② Menengah ③ Buruk	① ② ③
2	Berapa kali anak Anda mengonsumsi makanan?	① Sekali ② 2 kali ③ 3 kali ④ Lebih dari 4 kali	① ② ③ ④
3	Berapa kali anak Anda mengonsumsi camilan?	① Sekali ② 2 kali ③ Lebih dari 3 kali	① ② ③
4	Berapa hari dalam seminggu anak menyantap makanan bersama keluarga?	① 1-2 hari ② 3-4 hari ③ Lebih dari 5 hari	① ② ③
5	Berapa kali anak Anda mengonsumsi susu segar? ① Ia tidak minum sama sekali. ② Kurang dari 200 mL ③ 200-499 mL ④ 500-999 mL ⑤ Lebih dari 1.000 mL		① ② ③ ④ ⑤
6	Apakah anak mengonsumsi banyak makanan manis? (misal.: permen, makanan ringan, kue, jus buah, minuman mengandung gula, dll.) ① Ya ② Tidak		① ②
7	Pernahkah Anda membatasi makanan tertentu untuk anak karena khawatir akan reaksi alergi?	① Ya ② Tidak	① ②
8	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.