

Kuesioner pemeriksaan kesehatan untuk bayi (untuk usia 42-48 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 satu mata?	① ②



Edukasi emosi dan sosialitas

Ya ① Tidak ②

1	Apakah anak bermain dengan anak sebaya lain tanpa paksaan?	① ②
2	Apakah anak sering menyakiti temannya, atau menghilangkan barang milik temannya?	① ②
3	Apakah Anda mulai mengajari anak melakukan tugas rumah tangga yang sederhana? (misal. Membuang sampah di tempatnya, membereskan mainannya setelah bermain, dll.)	① ②
4	Apakah Anda mengajari anak berperilaku di tempat umum?	① ②
5	Apakah Anda mengajari anak untuk menyapa duluan saat dia bertemu orang yang dikenal? / Apakah Anda mengajar anak mengucapkan “Terima kasih.” saat seseorang membantunya?	① ② ③ ④
6	Apakah anak mampu mempraktikkan drama imajinasi dan permainan peran? Apakah anak mampu bermain dalam kelompok seperti membagi pihak?	① ②
7	Apakah anak mampu menjelaskan apa yang telah dialaminya dengan cara yang sederhana?	① ②
8	Apakah anak mampu menjelaskan pekerjaan dan peran yang sering dilihatnya?	① ②



Indera pendengaran

Ya ① Tidak ②

1	Apakah anak mampu mendengarkan dan mengulangi secara tepat kata-kata (pensil, sekolah, dll.) yang dibisikkan dari jarak satu lengan dalam suasana tenang dan dengan satu telinganya ditutup?	① ②
2	Apakah Anda mampu memahami sebagian besar yang diucapkan anak?	① ②
3	Apakah bayi pernah dirawat di rumah sakit dalam unit perawatan intensif bayi (NICU) setelah 5 hari dilahirkan?	① ②
4	Apakah pelafalan anak sudah akurat?	① ②
5	Apakah anak berbicara sama baiknya dengan anak sebaya lainnya?	① ②



Edukasi pencegahan kecelakaan

Ya ① Tidak ②

1	Apakah ada perangkat keamanan, seperti pintu atau gerendel keamanan, untuk anak di tangga, jendela, dan area balkon?	① ②
2	Pernahkah Anda meninggalkan bayi Anda duduk sendiri di kolam atau bathtub?	① ②
3	Apakah Anda menjauhkan rokok, korek, peralatan elektronik, dan kabel listrik dari jangkauan anak-anak?	① ②
4	Apakah anak selalu mengenakan helm dan alat pelindung persendian saat mengendarai sepeda, memakai sepatu roda, dll.?	① ②
5	Apakah anak Anda suka bermain di jalan yang banyak mobil lalu lintas?	① ②
6	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	Berapa kali anak Anda mengonsumsi makanan? ① Sekali ② 2 kali ③ 3 kali ④ Lebih dari 4 kali	① ② ③ ④
2	Berapa kali anak Anda mengonsumsi camilan? ① Sekali ② 2 kali ③ Lebih dari 3 kali	① ② ③
3	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
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	Apakah Anda memastikan bahwa makanan yang Anda masak untuk anak dan keluarga memiliki kandungan garam yang rendah? ① Ya ② Tidak	① ②
6	Bagaimanakah tingkah laku anak di meja makan? (Harap centang semua jumlah yang sesuai bila berlaku.) ① Dia butuh waktu terlalu lama untuk menghabiskan makanan. (lebih dari 30 menit) ② Dia menolak makan makanan jenis baru. ③ Dia hanya makan makanan yang ingin dia makan. ④ Dia sulit disuruh untuk makan. ⑤ Tidak berlaku	① ② ③ ④ ⑤
7	Apakah anak Anda menonton TV atau melihat monitor (komputer, konsol game, smartphone, dll.) selama lebih dari 2 jam?	① ②

	① Ya ② Tidak	
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.