

ප්‍රදර්ශන සඳහා සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණ ප්‍රශ්නාවලිය (මාස 4-6 දක්වා)

රෝගියාගේ නම		නේවාසික ලියාපදිංචි අංකය		භාරකරුගේ නම	
භාරකරුගේ නම		රෝගියාට ඇති සබඳතාව		රීමේල් ලිපිනය	

ප්‍රදර්ශන සඳහා සෞඛ්‍ය පරීක්ෂාවක අරමුණ වන්නේ, විශේෂ රෝග විනිශ්චයට වඩා ඔවුන්ගේ සාමාන්‍ය වර්ධනය සහ වැඩිම ගැන පරීක්ෂා කිරීමයි. පරීක්ෂාවෙහි අරමුණ ඔබ තේරුම් ගෙන ඇත්ද?

ඔව් ☐ නැත ☐

1. දරුවාගේ උපන් දිනය: _____ වර්ෂය _____ මාසය _____ දිනය	2. උපන් බර: <input type="text"/> <input type="text"/> kg (ආසන්න දහයට දක්වන්න)
3. ඔබේ ප්‍රදර්ශන නියමිත දිනයට කලින් ඉපදුනාද? <input type="checkbox"/> ඔව් (අරෝහල් ගත කිරීමට අපේක්ෂා කරන දිනය? <input type="text"/> වර්ෂය <input type="text"/> මාසය <input type="text"/> දිනය)	
4. මේ වන තෙක් සම්පූර්ණ කරන ලද එන්නත් පරීක්ෂා කරන්න. (අදාළ කොටුවේ වාර ගණන දක්වන්න.)	

	BCG	හෙපටයිටිස් B	DPT	පෝලියෝ	නියුමොකොකස්	තිමෝටිලස් B
සම්පූර්ණ කළ අංක						



පෙනුම

ඔව් ☐ නැත ☐

1	ඔබේ බබාට හොඳින් ඇස් දෙස බැලිය හැකිද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	දරුවාගේ ඇඟේ බබා තිබෙන ස්ථානය අමුතු ලෙස පෙනේද? (එක එල්ලයක් කරා යොමු නොවී ඇස් ඇතුළට සහ එළියට එකතු වේද?)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	දරුවාගේ ඇඟේ බබා අපැහැදිලිද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	ඔබේ පවුලේ කාට හෝ ඇස් සම්බන්ධ ජානමය විකෘතියක් තිබේද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



හදිසි ප්‍රදර්ශන මරණ සින්ඩරෝමය වැළැක්වීමේ අධ්‍යාපනය

ඔව් ☐ නැත ☐

1	ඔබේ සෙරුවා ඔහුගේ/ඇයගේ මුහුණ යටි අතට හරවාගෙන නිදා ගන්නවාද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	ප්‍රදර්ශන මේට්ටය හෝ ඇඳුම පුරවා තිබේද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	ලෙමසියන් සෙරුවා සමග එකම ඇඳේ (හෝ මේට්ටයේ) නිදා ගන්නවාද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	සෙරුවා නැගිට සිටින විට ඔහුට/ඇයට බඩ බිම තබාගෙන ඔළුව කෙලින් තබා ගෙන සිටීමට උදව් වෙනවාද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	ඒම බොන පවුලේ සාමාජිකයන් සෙරුවා සමග ජීවත් වෙනවාද. එම පුද්ගලයා නිතර ප්‍රදර්ශන ඇසුරු කරනවාද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	ඔබේ ගෙදර ඇතැම් ඒම බොන පුද්ගලයන් සිටිනවාද (බැල්කනියද ඇතුළුව)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	සෙරුවා ගමන් කරන මෝටර් රථය තුළ කිසිවකු දුම් බොනවාද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



ශබ්ද සංවේදිතාව

ඔව් ☐ නැත ☐

1	සෙරුවා නැගිටීමේදී, පළමු විමේදී ශබ්ද නගා අඩමින් මුහුණේ ඉරියව් වෙනස් කරමින්ද ප්‍රතිචාර දක්වනවාද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	හරු කටහඩක් ඇසෙන විට ප්‍රදර්ශන හෙලවීම නවත්වා ශබ්දයට කන් දෙනවාද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	සෙරුවාට විවිධ ශබ්ද ඇති කළ හැකිද (සිහින් හඬ නැගීම, හයියෙන් කෑ ගැසීම වැනි)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	උපතේ පසු බබාව නව ජන්ම සෙරු ඒකකයක (NICU) දින 5ට වඩා රඳවාගෙන තිබේද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	නව ජන්ම කාලය තුළ ප්‍රදර්ශන කන් ඇසීම සඳහා පරීක්ෂා කළාද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	5වන පශ්චාත් පිළිතුර “ඔව්” නම් පතිඑල හොඳ (කන් දෙකම හොඳ හෝ අසාමාන්‍ය බවක් නැද්ද)? (5වන පශ්චාත් පිළිතුර “නැත”, නම් මේ ප්‍රශ්නය අත් හරින්න.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



අනතුරු වළක්වා ගැනීම පිළිබඳ දැනුවත් බව

ඔව් ☐ නැත ☐

1	මෝටර් රථයේ සෙරුවක යන විට ඔබ කාර් සිට එක සවි කරන්නේ කොතැනද? <input type="checkbox"/> ඉදිරිපස ආසනයේ <input type="checkbox"/> පසුපස ආසනයේ (ඔබට කාර් සිට එකක් හෝ මෝටර් රථයක් නැත්නම් <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	ඔබ සෙරුවා පිටපසට මහලා ආ සිටින ලෙස කාර් සිට එක ස්ථානය කරනවාද? (ඔබට කාර් සිට එකක් හෝ මෝටර් රථයක් නැත්නම් <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	ඔබ තත්පරයකට හෝ සෙරුවා වැඩිහිටි ඇඳක හෝ සෝපාවක තනිව තබනවාද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	ඔබේ සෙරුවා බේසමක, බාත් ටබ් එකක හෝ විවේක කාමරයක තත්පරයක් හෝ තනිවම දමා ගොස් තබේද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	සෙරුවා වඩා ගෙන සිටින විට ඔබ උණුසුම් බීමක් පානය කර තිබේද?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



පෝෂණ අධ්‍යාපනය

1 සාමාන්‍ය	ඔබ වැඩියෙන්ම ප්‍රදර්ශනට කවන්නේ මොන ආහාරද? ① මව්කිරි පමණයි(අ-2-4, 10 ප්‍රශ්න) ② කිරිපිටි පමණ (අ-5-10 ප්‍රශ්න) ③ කිරිපිටි සහ මව්කිරි වල මිශ්‍රණයක් (අ-2-10 ප්‍රශ්න)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 මව් කිරි	ඔබ ප්‍රදර්ශනට මව්කිරි කවදා වන තෙක් දෙනවාද? ② 6-11 මාස ② 12-23 මාස ③ මාස 24 ට වැඩි ④ නොදනිමි	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 මව් කිරි	ඔබට මව්කිරි දීමට බාධා කරන කවර ආකාරයේ ගැටළු ඔබට තිබේද? ① මව්කිරි අතර ② මව්කිරි දෙන වාර ගණන ④ මව්කිරි දෙන ආකාරය ⑤ රාත්‍රියේදී මව් කිරි දෙන ආකාරය ⑥ වෙනත් ⑥ ප්‍රශ්නයක් නැත	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 මව් කිරි	ප්‍රදර්ශන මව් බොන්නේ පහත ඒවායින් කවරක්ද? ① කෝපි සහිත බීම ② මධ්‍යසාර ③ සිගරට් ④ මත්ද්‍රව්‍ය ⑤ අදාළ නොවේ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 පොදු	ඔබ කිරිවැරීම ආරම්භ කර ප්‍රදර්ශනට අතිරේක ආහාර ලබා දීමට සැලසුම් කරන්නේ කවදා සිටද? ① ප්‍රදර්ශනට මාස 4විට පෙර දැනටමත් පටන් ගන්නා. ② මාස 4-6 ③ මාස 6ත් පසු ④ නොදනිමි	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

※ කලින් නියමිත ප්‍රමාණය ඉක්මවා සෞඛ්‍ය පරීක්ෂණයක් සිදු කර ගතහොත් අසාධාරණ ධනවත් වීමට යටතේ එම වියදම ඔබෙන් අය කර ගනු ඇත.