

Kuesioner pemeriksaan kesehatan untuk bayi (Untuk usia 54-60 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 salah satu mata?	① ②



Edukasi pencegahan kecelakaan

Ya ① Tidak ②

1	Apakah anak selalu mengenakan helm dan alat pelindung persendian saat mengendarai sepeda, memakai sepatu roda, dll.?	① ②
2	Apakah anak Anda suka bermain di jalan yang banyak mobil lalu lintas?	① ②
3	Apakah Anda meletakkan anak Anda di tempat duduk tambahan dan mengencangkan sabuk pengamannya saat membawanya berkendara dalam mobil?(Jika Anda tidak memiliki mobil ③)	① ③ ②
4	Apakah anak tahu peraturan di kolam yang harus diperhatikannya?	① ②
5	Apakah anak bermain dengan korek api, korek gas, atau kembang api?	① ②
6	Apakah Anda sudah menjauhkan obat-obatan, bahan kimia (pemutih, deterjen, dll.), dan benda-benda tajam dari jangkauan anak-anak?	① ②



Indera pendengaran

Ya ① Tidak ②

1	Apakah anak mampu menjawab pertanyaan setelah mendengarkan dongeng atau cerita sederhana?	① ②
2	Apakah anak mampu berkomunikasi secara alami dengan orang lain menggunakan kalimat sederhana?	① ②
3	Apakah anak mampu memahami dan mengikuti perintah yang terdiri dari dua tindakan berbeda? (Ambil buku, dan letakkan di tas.)	① ②
4	Apakah anak mampu membicarakan tentang kejadian di TK, taman bermain, rumah teman, dll.?	① ②
5	Apakah anak mampu menggunakan kata-kata yang berisi konsonan seperti s, th, j, ch, dll.?	① ②



Edukasi kebersihan diri

Ya ① Tidak ②

1	Apakah anak mencuci tangannya sebelum makan?	① ②
2	Apakah anak mencuci tangannya setelah menyentuh mainan atau hewan?	① ②
3	Apakah anak mencuci tangannya setelah menggunakan toilet?	① ②
4	Apakah anak sering menyentuh mata, hidung, atau mulutnya dengan tangan?	① ②
5	Bagaimanakah tindakan Anda saat anak tidak dapat menggunakan air untuk mencuci tangan di luar? ① Membersihkannya dengan tisu kering. ② Membersihkannya dengan lap. ③ Menggunakan hand sanitizer yang mengandung alkohol. ④ Membiarkan saja.	① ② ③ ④



Edukasi nutrisi

1	Bagaimanakah menurut Anda penampilan (ukuran) anak? ① Tampak gemuk ② Menengah ③ Tampak kurus	① ② ③
2	Apakah anak makan dengan kecepatan yang sama seperti anggota keluarga lainnya? ① Lebih cepat ② Sama ③ Lebih lambat	① ② ③
3	Apakah anak mengonsumsi makanan dan makanan ringan? ① Ya ② Tidak	① ②
4	Berapa banyak yang dikonsumsi anak sekaligus jika dibandingkan dengan anak lain sebayanya? ① Lebih sedikit ② Sama ③ Lebih banyak	① ② ③
5	Apakah anak hanya makan makanan yang dia inginkan? ① Ya ② Tidak	① ②
6	Apakah anak banyak makan makanan berminyak, manis, atau asin? (misal. Makanan cepat saji, makanan setengah matang, dll.) ① Ya ② Tidak	① ②
7	Apakah anak lebih menyukai minuman selain air putih? ① Ya ② Tidak	① ②
8	Apakah anak Anda menonton TV atau melihat monitor (komputer, konsol game, smartphone, dll.) selama lebih dari 2 jam? ① Ya ② Tidak	① ②
9	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.