

शिशुहरूको लागि स्वास्थ्य जाँचको प्रश्नावली (१८ देखि २४ महिना पुगेकाको लागि)

बिषय नाम	आवासीय दर्ता नम्बर	अभिभावक को टेलिफोन
अभिभावक को नाम	विषय सम्बन्ध	ई-मेल ठेगाना

शिशुहरूको स्वास्थ्य जाँचको उद्देश्य कुनै निश्चित रोग पत्ता लगाउनु नभई शिशुको शारीरिक तथा मानसिक विकास सामान्य रूपमा भइरहेको छ कि छैन भनी जाँचनु हो । तपाईंले यस जाँचको उद्देश्य बुझ्नुभयो ?

बुझें □ बुझिन □

1. बच्चाको जन्म मिति: _____ वर्ष _____ महिना _____ दिन	2. जन्म वजन: ■■■ केजी (निकटतम दशौं)																				
3. के बच्चा महिना नपुगी जन्मेको थियो ? ① हो (प्रसविको अपेक्षित मिति) _____ वर्ष _____ महिना _____ गते	② होइन																				
4. कृपया हालसम्म पूरा गरेका खोपहरू जाँच गर्नुहोस्। (कृपया सम्बन्धित बक्सको नियमितता संकेत गर्नुहोस्।)																					
	<table> <tr> <th></th> <th>बिसिजि</th> <th>हेपाटाइटिस बी</th> <th>डीपीटी</th> <th>पोलियोमाडलिटिस (पोलियो)</th> <th>न्यूमोकोकस</th> <th>हेमोफिलस बी</th> <th>दादुरा मम्पस, रुबेला</th> <th>ठेउला</th> <th>जापानी इन्सोफलाइटिस</th> </tr> <tr> <td>गन्ती पूरा</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		बिसिजि	हेपाटाइटिस बी	डीपीटी	पोलियोमाडलिटिस (पोलियो)	न्यूमोकोकस	हेमोफिलस बी	दादुरा मम्पस, रुबेला	ठेउला	जापानी इन्सोफलाइटिस	गन्ती पूरा									
	बिसिजि	हेपाटाइटिस बी	डीपीटी	पोलियोमाडलिटिस (पोलियो)	न्यूमोकोकस	हेमोफिलस बी	दादुरा मम्पस, रुबेला	ठेउला	जापानी इन्सोफलाइटिस												
गन्ती पूरा																					
5. के तपाईंले आफ्नो बच्चाको विकास समस्या निदानको परीक्षण गर्नु भएको छ, वा हाल उसको/उनको रोगको उपचार भइरहेको छ? ① हो ② होइन																					
यदि तपाईंको जवाफ "हो," भने विशेष रोग निदान के छ? _____																					



दृष्टि

हो ① होइन ②

1	के तपाईंको बच्चाको आँखाको सम्पर्क गर्न गाह्रो हुन्छ, वा उनको / उनको आँखाको नानी लर्खाराउने गर्छन्?	① ②
2	के तपाईंको बच्चाको आँखाको नानी सफा छैन?	① ②
3	पार्श्व हेराइले अगाडि हेर्नको लागि (उसको अगाडिको वस्तुहरू) बच्चाको आफ्नो टाउको घुमाउने वा बाङ्गो पार्ने गर्छ ?	① ②
4	के तपाईंको बच्चाको किताब/घडी/टिभी एकदमै नजिक गएर वा आँखा खुम्च्याएर हेर्छ?	① ②



दुर्घटना निवारण शिक्षा

हो ① होइन ②

1	के तपाईंले बच्चाको भेटने ठाउँमा लाग्ने पदार्थ रासायनिक वस्तु (ब्लीच, साबुन, इत्यादि), र दरिलो वस्तुहरू राख्नु हुन्छ?	① ②
2	के तपाईंले आफ्नो बच्चाको ओछ्यान झ्याल वा पर्दाहरूबाट टाढा राख्नुभयो ?	① ②
3	के तपाईंले त्यसलाई बच्चाको भेटन नसकोस भनेर चलाएमा भान्साघरको भाँडाकुँडाको समाउने भागको दिशा परिवर्तन गर्नुहुन्छ ?	① ②
4	के तपाईंले आफ्नो बच्चाको एक सेकेण्डको लागि भए पनि बेसिन वा नुहाउने भाँडोमा कहिल्यै एकलै छाड्नु भएको छ ?	① ②
5	तपाईंले आफ्नो बच्चाको कारमा कसरी बसाउनु हुन्छ ? ① कार आसको प्रयोग ② बस्टर सीट प्रयोग गरेर ③ सीट बेल्ट बाँधेर ④ कुनै पनि उपकरण बिना बस्न लगाउने	① ② ③ ④



श्रवणको महशुस

हो ① होइन ②

1	के बच्चा सबै दिशाबाट आएको नियमित स्तरको आवाजलाई छुट्याउनमा सक्षम रहेको छ ?	① ②
2	के बच्चा सरल हो/ लाई बुझ्न र त्यस प्रति प्रतिक्रिया जनाउनमा सक्षम छ ? “के तिमीलाई भोक लागेको” छ वा “के तिमी सु गर्न चाहन्छौ” भन्ने जस्ता प्रश्नहरू होइन ।	① ②
3	के बच्चाको आफ्नो नाम भन्न सक्छ (सही नभए पनि)?	① ②
4	तपाईंले यसको शिर्षक भन्दा के तपाईंको बच्चाको एउटा पुस्तकमा एउटा वस्तुको चित्रलाई देखाउन सक्छ ?	① ②
5	के तपाईंको बच्चाको सरल मौखिक निर्देशनहरूलाई बुझ्न सक्छ? (मलाई एउटा कप देउ त्यो बल ल्याउ इत्यादि)	① ②



शौचालय तालिम

हो ① होइन ②

1	के बच्चाको पिसाब गर्ने अवधि पहिला भन्दा बढी लामो भएको छ ? (करिब २ घण्टा)	① ②
2	के बच्चाको आफ्नो पाइन्ट आफै तल सार्न सक्छ ?	① ②
3	के बच्चाको आची आयो वा सुसु आयो भनेको बुझ्न वा अभिव्यक्त गर्न सक्छ ?	① ②
4	के बच्चाको शौचासनमा रुचि देखाउँछ ?	① ②
5	के बच्चाको सहजता साथ नियमित रूपमा दिसा गर्न गर्छ ?	① ②
6	के तपाईंले कहिल्यै शौचालय तालिम दिने प्रयास गर्नु भएको छ ?	① ②



पोषण शिक्षा

1	के बच्चाको नियमित खाना तोकिएको स्थानमा निश्चित समयमा खाने गर्छ ? ① हो ② होइन	① ②
2	के बच्चाको दूध खुवाउने बोतल प्रयोग गरिरहेको छ ? ① हो ② होइन	① ②
3	आफ्नो बच्चाको खाना तपाईं कसरी पकाउने गर्नुहुन्छ ? ① वयस्कहरूको खानामा पाइने जति नै नून प्रयोग गर्नु। ② वयस्कहरूको खानामा पाइने भन्दा कम नून प्रयोग गर्नु। ③ नून प्रयोग गर्दै गर्दिन ।	① ② ③
4	बच्चाको दिनको कति फलफूलको रस वा चिनी थपिएको पेय पदार्थ सेवन गर्ने गर्छ (अर्थात् कार्बोनेटेड पेय खेलकुद पेय बच्चाको पेय इत्यादि) ① २०० mL भन्दा कम (१ कप पूर्ण) ② २००-४९९ mL ③ ५०० mL भन्दा बढी	① ② ③
5	तपाईं बच्चाको दिउँसो कस्तो प्रकारको खानेकुरा दिनुहुन्छ ? (कृपया यदि लागू हुन्छ भने सबै सम्बन्धित अंकहरू जाँच गर्नुहोस्।) ① अन्न ② तरकारी ③ फलफूल ④ मासु / माछा / अण्डा / सिमि ⑤ दूध र दूधजन्य उत्पादनहरू ⑥ अन्य	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
6	बच्चाको खानेकुरा दिँदा कस्तो प्रतिक्रिया दिने गर्छ ? ① उसले खानेकुरा दिएको बखत राम्ररी र समानता पूर्वक खाने गर्छ । ② उसले आफुले खाने चाहेको एउटा वा दुईटा मात्र खानेकुरा खाने गर्छ । ③ निश्चित खानेकुराहरू खानेको लागि उसले लिने गर्दैन तर कम मात्र खाने गर्छ । ④ चपाउनु पर्ने खानेकुराहरूलाई उसले घृणा गर्छ । ⑤ उसले खानेकुराहरू प्रति कुनै रुचि देखाउने गर्दैन ।	① ② ③ ④ ⑤
7	के तपाईं आफ्नो बच्चासँग खानेकुराहरू साझेदारी गर्नमा रमाइलो मान्नु हुन्छ ? ① हो ② होइन	① ②
8	के तपाईं आफ्नो बच्चाको खाना बाहेक खानाको पूरकहरू दिने गर्नुहुन्छ ? (अर्थात् भिटामिनहरू, खनिजहरू, प्रतिजैविक, रातो जिनसेड इत्यादि) ① हो ② होइन	① ②

※ यदि तपाईंले पूर्व निर्धारित भन्दा अधिक स्वास्थ्य जाँच प्राप्त गर्नु भएको छ भने, तपाईंलाई अनुचित सेवा लिनु भएकोमा सोही लागतको शुल्क लगाइने छ ।