

[5] 단순서식변경

Bảng câu hỏi khám sức khỏe dành cho trẻ em (Dùng cho trẻ 9~12 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám		Số CMND		Số liên lạc của người bảo hộ	
Họ tên người bảo hộ		Quan hệ với người đến khám		Địa chỉ Email	

Mục đích của việc khám sức khỏe đối với trẻ sơ sinh là nhằm kiểm tra việc tăng trưởng và phát triển bình thường của trẻ hơn là phát hiện các căn bệnh cụ thể. Quý vị có hiểu rõ mục đích của việc kiểm tra sức khỏe này?

Có ☐ Không ☐

1. Ngày tháng năm sinh của trẻ: Năm Tháng Ngày 2. Trọng lượng khi mới sinh: ■.■ kg (Ghi đến số thập phân đầu tiên)

3. Trẻ có bị sinh non không? ① Có (☞ Ngày sinh dự kiến? Năm Tháng Ngày) ② Không

4. Hãy đánh dấu vào loại tiêm phòng đã thực hiện cho đến nay (Hãy ghi số lần vào ô tương ứng)

	BCG	Bệnh viêm gan B	DPT	Bệnh bại liệt ở trẻ nhỏ (Sốt bại liệt)	Phế cầu khuẩn	Vi khuẩn Haemophilus loại B
Số lần đã tiến hành						

5. Trẻ có bị chuẩn đoán gặp vấn đề về phát triển hoặc có bệnh đang trong quá trình điều trị không?

① Có ② Không Nếu có thì chuẩn đoán đó cụ thể là gì?

 **Thị giác** Có ① Không ②

1	Mắt trẻ có nhìn thẳng được không?	① ②
2	Vị trí đồng tử có khác thường không? (Đồng tử có bị lệch vào trong hoặc hướng ra ngoài, không nhìn quy tụ vào một điểm không?)	① ②
3	Con người đen (đồng tử) có bị mờ đục không?	① ②
4	Trong gia đình có người nào bị bệnh di truyền liên quan đến mắt không?	① ②

 **Giáo dục đề phòng tai nạn** Có ① Không ②

1	Trẻ có cầm chơi những đồ vật nhỏ như đậu phộng, nho, cục áo không?	① ②
2	Quý vị có cho trẻ dùng xe tập đi không?	① ②
3	Quý vị có để thức ăn hay đồ uống nóng ở gần cạnh bàn hay bàn ăn không?	① ②
4	Quý vị có từng để trẻ lại một mình dù chỉ một lát trong chậu tắm, bồn tắm hay nhà vệ sinh không?	① ②
5	Quý vị có lắp đặt ghế ngồi ô tô sao cho trẻ nhìn về phía sau ô tô không? (Trường hợp không có xe ô tô hay ghế ngồi ô tô cho trẻ ③)	① ② ③

 **Thính giác** Có ① Không ②

1	Trẻ có phản ứng với tiếng gọi tên, tiếng chuông điện thoại, giọng nói của người khác v.v. không?	① ②
2	Trẻ có nói bì bô ngay cả khi ở một mình không?	① ②
3	Trẻ có hướng mắt nhìn vào nơi có tiếng động không?	① ②
4	Trẻ có tập trung lắng nghe khi Quý vị nói chuyện với trẻ không?	① ②
5	Đôi khi trẻ có phát ra âm thanh như thể đang nói từ bắt đầu bằng âm b, bb, m không?	① ②

 **Giáo dục về sức khỏe răng miệng** Có ① Không ②

1	Trẻ có ngậm ti hay bình sữa khi ngủ không?	① ②
2	Quý vị có luyện tập để cai ngậm bình sữa cho trẻ không?	① ②
3	Quý vị có nghĩ rằng trẻ có răng sâu không?	① ②
4	Trong số các răng của trẻ có răng nào xuất hiện vết trắng đục không?	① ②
5	Quý vị có nghĩ rằng việc vệ sinh răng miệng của trẻ đang ở mức độ tốt không?	① ②
6	Quý vị có đánh răng đều đặn cho trẻ không?	① ②

 **Giáo dục dinh dưỡng**

1	Quý vị cho trẻ ăn thức ăn cai sữa (Thức ăn dặm) mấy lần một ngày? ① 1 lần ② 2 lần ③ 3 lần ④ 4 lần trở lên	① ② ③ ④
2	Quý vị cho trẻ ăn thức ăn cai sữa (Thức ăn dặm) bằng loại thực phẩm nào? (Hãy biểu thị vào tất cả các mục tương ứng) ① Ngũ cốc ② Rau ③ Hoa quả ④ Trứng gà ⑤ Cá ⑥ Thịt	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
3	Hiện tại Quý vị cho trẻ ăn gì? (Hãy biểu thị vào tất cả các mục tương ứng) ① Sữa mẹ ② Sữa bột thông thường ③ Sữa bột đặc biệt ④ Sữa tươi ⑤ Sản phẩm sữa lên men (Pho mát/Sữa chua trắng v.v.)	① ② ③ ④ ⑤
4	Trong số các loại thức ăn sau, có loại nào mà Quý vị đã từng cho trẻ ăn không? (Hãy biểu thị vào tất cả các mục tương ứng) ① Bột ngũ cốc ② Mật ong ③ Muối hoặc đường ④ Không có	① ② ③ ④

* Nếu quý vị nhận được lần kiểm tra sức khỏe vượt quá số lần định sẵn, chi phí tương ứng sẽ được thu lại từ quý vị cho lần thăm khám không chính đáng.