

Bảng câu hỏi khám sức khỏe dành cho trẻ em (Dùng cho trẻ 30~36 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. 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	Bệnh sởi, quai bị, sởi Đức	Bệnh thủy đậu	Bệnh viêm não Nhật Bản
Số lần đã tiến hành									


4. 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 ☐ Không ☐

1	Mắt trẻ không nhìn thẳng hoặc đồng tử di chuyển liên tục?	①    ②
2	Khi nhìn về phía trước (đồ vật ở phía trước), trẻ có thường xoay đầu sang một bên hoặc vươn người để nhìn không?	①    ②
3	Trẻ có lại gần hoặc neho mắt khi xem sách/tivi/ đồ vật v.v. không?	①    ②
4	Có cảm giác thị lực hai mắt của trẻ khác nhau khi thử che một mắt không?	①    ②

Thính giác


Có ☐ Không ☐

1	Số lượng từ vựng mà trẻ nói được có đang tăng lên liên tục không?	①    ②
2	Trẻ có thể nói kết hợp hai ngữ đoạn liên nhau không? (‘Đưa tất cả.’, ‘Đọc sách.’ v.v.)	①    ②
3	Trẻ có xem ti vi với âm lượng lớn hơn người khác không?	①    ②
4	Trẻ có thể sử dụng từ vựng có các phụ âm kh, th, p, k v.v. không?	①    ②
5	Trẻ có từng bị viêm tai giữa cấp tính nhiều lần không? (Trên 4 lần trong vòng 6 tháng, trên 6 lần trong vòng 1 năm)	①    ②

Giáo dục đề phòng tai nạn


Có ☐ Không ☐

1	Quý vị có từng để trẻ chơi trên đường xe chạy không?	①    ②
2	Quý vị có lắp đặt thiết bị bảo vệ an toàn cho trẻ ở gần cầu thang, cửa sổ, ban công không?	①    ②
3	Quý vị có bảo quản diêm hay bật lửa ở nơi trẻ không với tay tới được không?	①    ②
4	Quý vị có từng để trẻ lại trong xe ô tô một mình không?	①    ②
5	Quý vị có để các đồ có nguy cơ làm trẻ bị thương như các loại đồ điện, phích cắm điện, ổ cắm điện v.v. ở nơi trẻ không với tay tới được không?	①    ② ③    ④
6	Quý vị có để thuốc, chất hóa học (bột giặt, chất tẩy v.v.), đồ vật sắc nhọn xa tầm tay trẻ không?	①    ②
7	Quý vị làm thế nào khi cho trẻ ngồi trong xe ô tô? ① Sử dụng ghế ngồi ô tô dành cho trẻ ② Sử dụng ghế phụ                      ③ Thắt dây an toàn ④ Cứ đặt trẻ ngồi xuống	①    ② ③    ④

Giáo dục về việc cho trẻ tiếp xúc với các phương tiện truyền thông điện tử

Có ☐ Không ☐

1	Trẻ có thể sử dụng mạng internet hay ti vi trong phòng ngủ được không?	①    ②
2	Quý vị có đề ra nội quy gia đình về việc sử dụng điện thoại thông minh, mạng internet hay ti vi không?	①    ②
3	Người bảo hộ có biết các chương trình ứng dụng hay hình ảnh trò chơi mà trẻ sử dụng chủ yếu trên điện thoại thông minh là gì không?	①    ②
4	Người bảo hộ có cùng xem ti vi, phim, video, hay sử dụng mạng internet, điện thoại thông minh với trẻ không?	①    ②
5	Trẻ có khi nào nằm ngửa hay nằm sấp khi sử dụng điện thoại thông minh không?	①    ②

Giáo dục dinh dưỡng

1	Sức ăn của trẻ như thế nào?                      ① Tốt                      ② Bình thường                      ③ Không tốt	①    ②    ③
2	Một ngày trẻ ăn mấy bữa?                      ① 1 bữa                      ② 2 bữa                      ③ 3 bữa                      ④ 4 lần trở lên	①    ②    ③    ④
3	Một ngày trẻ ăn mấy bữa dặm?                      ① 1 bữa                      ② 2 bữa                      ③ 3 bữa trở lên	①    ②    ③
4	Trẻ ăn cùng với gia đình mấy ngày trong một tuần?    ① 1~2 ngày                      ② 3~4 ngày                      ③ Trên 5 ngày	①    ②    ③
5	Trẻ uống bao nhiêu sữa tươi một ngày? ① Không uống                      ② Dưới 200 mL                      ③ 200~499 mL                      ④ 500~999 mL                      ⑤ Trên 1,000 mL	①    ②    ③    ④    ⑤
6	Trẻ có ăn nhiều đồ ngọt không? (Ví dụ: Kẹo, quả bánh, bánh ngọt, nước hoa quả, đồ uống có đường v.v.) ① Có                      ② Không	①                      ②
7	Quý vị có từng hạn chế cho trẻ ăn một số loại thực phẩm đặc biệt vì lo trẻ bị dị ứng không? ① Có                      ② Không	①                      ②
8	Trẻ có hoạt động thể lực đến mức toát mồ hôi (chơi, vận động v.v.) hơn 1 tiếng một ngày không?    ① Có                      ② Không	①                      ②

\* 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.