

Questionário de exame para bebês de 10 meses

Furigana					Família : Composição familiar que não inclua a criança							
Nome					Nascido em Ano Reiwa Mês Dia (Filho nº)		Relação	Idade	Relação	Idade	Relação	Idade
Endereço	Otsu-shi (Nome do distrito escolar)											
	Você tem planos de se mudar em breve (Não • Sim)											
	Tel				Tel							
	Contato①	Pai • Mãe • Avô • Avó • Outros ()			Contato②	Pai • Mãe • Avô • Avó • Outros ()						
Altura ao nascer	cm	Peso ao nascer	g	Período de gravidez	semanas	Frequenta a creche: Sim Jardim da Infância () • Não Planos para o próximo ano: Cfreche, Jardim da Infância • Em casa • Indefinido						

◆ Consulte o seu Manual de Saúde Materno-Infantil, e circule os itens que se aplicam a você e preencha os espaços em branco

A Desenvolvimento	1. Histórico do desenvolvimento	• Consegue sentar-se firmemente sem se apoiar com as mãos	(meses)									
		• Consegue se locomover se arrastando	(meses)									
		• Consegue se locomover de quatro	(meses)									
		• Consegue se levantar apoiando-se em algum lugar	(meses)									
		• Consegue andar engatinhando	(meses)									
		• Se apontar para um lugar na mesma altura dos olhos do seu filho e disser [Olha, ali está um cachorro], a criança olha para a direção apontada?	(meses)									
		• Quando alguém faz algum agrado, o seu filho imita o agrado alegremente?	(meses)									
		→ Que tipo de sons você faz? (Ex.: sons de batidas de palma)	[]									
		• O seu filho é tímido ou tenta seguir as pessoas	Sim (Meses) • Não									
		• Quando os dentes começaram a crescer										
• O seu filho, da posição deitada consegue se sentar, e da posição sentada consegue se deitar sozinho?	Sim • Não											
	2. Que tipo de voz o seu filho emitiu ?	[]										
	3. Ao ouvir ruídos baixos, o seu filho move a cabeça em direção ao som ? (como o som de papel sendo rasgado)	1 Sim 2 Não										
	4. O seu filho fica contente quando vê os irmãos ou outras crianças pequenas ?	1 Sim 2 Não										
	5. Se você abrir a boca e disser [Aah!], o seu filho coloca a comida na sua boca?	1 Sim 2 Não										
B Histórico médico e estado atual		6. Tem alguma preocupação com relação a alergias ?	1 Não 2 Sim (Dermatite • Alimentação • Outros)									
		7. A pessoa que respondeu 「Sim」 no item 6... Está em tratamento atualmente ?	1 Não 2 Sim ()									
		8. O seu filho já teve uma convulsão ?	1 Não 2 Sim (A temperatura da febre no ato °C)									
		9. O seu filho já teve uma doença grave ou precisou de tratamento para alguma doença ?	1 Não 2 Sim ()									
C Hábitos diários		10. Que tipo de jogo ou brincadeira o seu filho gosta	[]									
		11. Quanto tempo o seu filho passa assistindo TV, usando tablets ou smartphones por dia ?	Total horas									
		12. Você acha difícil criar seu filho porque ele chora muito, não come, não dorme, etc. ?	1 Não 2 Sim									
		13. Com relação as fezes, o seu filho faz todos os dias ?	1 Sim (vezes/1 dia) 2 Não (1 vez/ dia)									
		14. Com relação a rotina diária (Indique o tempo de sono do seu filho, pintando o gráfico de horas do lado)	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">12</td> <td style="width: 20px;">18</td> <td style="width: 20px;">24</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	0	6	12	18	24				
0	6	12	18	24								
D Refeições	15. Comida para bebês	• Quantidade de vezes	(vezes/por dia)									
		• Porção aproximada e cardápio (ex.: 1 tigela de arroz macio)	Principal () Outros ()									
		• Acompanhamento Faça um círculo no alimento que a criança já consumiu	Peixe branco • Tofu • Ovo • Frango • Carne bovina • Atum • Salmão									
		• Tempero Faça um círculo no tempero já utilizado	Dashi • Shoyu • Misso • Óleo									
		• Leite	(cc vezes)									
		• Leite materno	(1 vez cc, por dia vezes)									
		• Chá	(cc)									
		• Outros	(を cc)									
		• Em que tipo de formato você cozinha batatas (tubérculos)	Amassado • Picado • Pedacos pequenos									
		16. Você deixa o seu filho comer com as mãos ?	Sim • Somente salgadinhos • Não									
	17. Você está treinando o seu filho a usar canudos ou copos ?	1 Sim 2 Não										
	18. O seu filho faz a refeição junto com a família ?	1 Sim 2 Não										
E Com relação a criação		19. Quando você se sente feliz, quando está cuidando do seu filho ?	[]									
		20. Você costuma se sentir frustrado (a) ou estressado (a) ao criar os filhos ?	1 Não 2 Nenhum dos dois 3 Sim (Quando)									
		21. Se tiver mais alguma dúvida ou preocupação, por favor, nos avise	[]									

Por favor, escreva abaixo quaisquer outros assuntos, caso queira discutir a seu respeito (saúde, relações familiares, etc.)