

Cuestionario de control del crecimiento y desarrollo (10 meses)

Furigana			Fecha de nacimiento:	(año/mes/día)		Familia: composición familiar (excepto el niño / la niña)														
Nombre			N.º de hijo:			Parentesco	Edad	Parentesco	Edad	Parentesco	Edad									
Dirección	Otsu-shi,		(Distrito escolar:)																	
	¿Planea mudarse dentro de poco?: No · Sí																			
	TEL			TEL																
	Contacto 1	Padre · Madre · Abuelo · Abuela · Otros ()		Contacto 2	Padre · Madre · Abuelo · Abuela · Otros ()															
Talla al nacer:	cm		Peso al nacer:	g		Edad gestacional:	semanas		Asistencia a guardería: Sí → _____ Hoikuen, Kodomoen, etc. · No											
◆ Consulte la Libreta de salud materno-infantil u otros registros. Circule la respuesta correspondiente. Escriba los detalles en los espacios indicados.						Plan para el próximo año escolar: Guardería · En casa · No está decidido														
A Desarrollo	1. Historia del desarrollo	¿Se sienta firmemente sin apoyarse con las manos?				() meses														
		¿Se desplaza arrastrándose?				() meses														
		¿Gatea?				() meses														
		¿Se levanta apoyándose en algo?				() meses														
		¿Camina apoyándose en algo?				() meses														
		Cuando usted señala un perrito y le dice "¡Mira el perrito!", ¿dirige la mirada hacia el perrito?				() meses														
		Cuando usted juega con él/ella, ¿imita sus acciones con alegría?				() meses														
		→ ¿Por ejemplo? (ej.: Aplauda.)				[]														
		¿Se muestra tímido/a con personas desconocidas y le sigue cuando usted se aleja?				Sí () meses · No														
		¿Cuándo le salieron los primeros dientes?				() meses														
¿Puede pasar de boca abajo a estar sentado/a y viceversa?				Sí · No																
2. ¿Qué tipo de sonidos hace últimamente?				[]																
3. ¿Se vuelve hacia sonidos suaves (por ejemplo, al rasgar papel)?				1 Sí 2 No																
4. ¿Se alegra cuando ve sus hermanos y los niños pequeños?				1 Sí 2 No																
5. Cuando usted abre la boca diciendo "¡Ah!", ¿intenta darle comida en la boca?				1 Sí 2 No																
B Historia médica anterior y actual	6. ¿Tiene alguna preocupación relacionada con alergias?				1 No 2 Sí (Dermatitis · Comidas · Otros ())															
	7. Si la respuesta en la pregunta 6 es "Sí", ¿está recibiendo tratamiento médico?				1 No 2 Sí ()															
	8. ¿Ha tenido convulsiones alguna vez?				1 No 2 Sí (Fiebre: °C)															
	9. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave o está en tratamiento médico por alguna enfermedad?				1 No 2 Sí ()															
C Hábitos de vida	10. ¿Qué tipo de juegos le gusta más?				[]															
	11. ¿Cuánto tiempo pasa al día mirando la televisión, la tableta y el celular?				En total: () horas															
	12. ¿Siente dificultades en la crianza de su hijo/a, por ejemplo, llora mucho, no quiere comer o duerme poco?				1 No 2 Sí															
	13. ¿Evacúa todos los días?				1 Sí () veces al día 2 No 1 vez / () días															
	14. Sobre el ritmo de vida (Sombree las horas en que duerme.)				<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">12</td> <td style="width: 10%;">18</td> <td style="width: 10%;">24</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></td> </tr> </table>		0	6	12	18	24									
0	6	12	18	24																
D Alimentación	15. Comida para lactantes				● Número de veces		() veces al día													
					● Cantidad aproximada por comida y contenido (ej.: 1 tazón de arroz blando)		Comida principal ()													
					● Plato (Circule los que ha probado.)		Pescado blanco · Tofu · Huevo · Pollo · Carne de res · Atún · Salmón													
					● Sazón (Circule los que ha usado.)		Caldo · Salsa de soya · Miso · Aceite													
					● Leche		() cc () veces													
					● Leche materna		() cc / 1 vez, () veces al día													
					● Té		() cc													
					● Otros		Nombre de la comida () Cantidad () cc													
	● ¿Cómo prepara las papas, etc?		Triturado · Picados · En trozos pequeños																	
	16. ¿Le hace comer con las manos?				Sí · Solamente meriendas come con las manos · No															
17. ¿Le hace practicar la pajita y el pocillo?				1 Sí 2 No																
18. ¿Come con su familia?				1 Sí 2 No																
E Crianza	19. ¿En qué momentos disfruta de la crianza?				[]															
	20. ¿A menudo se siente irritado/a o le resulta difícil la crianza?				1 No 2 No sabría decir 3 Sí (¿Cuándo?:)															
	21. Si quiere preguntar y consultar algo, escriba los detalles aquí.				[]															
Si desea consultar algo más sobre usted mismo/a (salud, relaciones familiares, etc.), escríbalo aquí.																				