

Questionário de avaliação de saúde para bebês de 1 ano e 9 meses (1)

→Consulte o verso

Furigana					Família : Composição familiar que não inclua a criança			
Nome	Nascido em Ano Reiva Mês Dia (Filho nº)				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 ()			
Frequenta a creche () pré-escola, jardim da infância • Não				Altura ao nascer cm		Peso ao nascer g		

◆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 do seu filho	Pegou um brinquedo (anos meses) Virou na direção da voz (anos meses) Sentou (meses) Andou sozinho (anos meses)													
	2. O seu filho costuma dizer algumas palavras com significado, como Mama ou Buubuu ?	1 Sim (Palavra específica (Época anos meses)) 2 Não													
	3. O seu filho imita a linguagem corporal e os gestos das pessoas ao seu redor ?	1 Sim	2 Não												
	4. Quando o seu filho tem interesse por algo, ele tenta apontar para o objeto em interesse para mostrar para as pessoas ?	1 Sim	2 Não												
	5. O seu filho pede e aponta para o que deseja ?	1 Sim	2 Não												
	6. Quando você mostra um livro ilustrado para seu filho e pergunta 「Onde está o trem ?」 「Onde está o pássaro ?」, ele consegue apontar corretamente e responder ?	1 Sim	2 Não												
	7. O seu filho se vira quando alguém chama seu nome por trás ?	1 Sim	2 Não												
	8. Há alguma preocupação comportamental com relação ao seu filho?	1 Não	2 Sim												
B Histórico médico e estado atual	9. O seu filho já recebeu a vacina 5 em 1 (as 3 doses iniciais) ?	1 Sim	2 Não												
	10. O seu filho já foi vacinado contra o sarampo e rubéola ?	1 Sim	2 Não												
	11. O seu filho já teve alguma doença grave ?	1 Não 2 Sim ()													
	12. O seu filho já teve que ir ao hospital depois de um acidente ?	1 Não 2 Sim ()													
C Hábitos diários	13. O seu filho usa mamadeira ?	1 Não	2 Sim												
	14. O seu filho já desmamou ?	1 Sim	2 Não												
	15. O seu filho chupa os dedos ou usa chupeta ?	1 Não	2 Sim												
	16. As refeições e lanches do seu filho são feitas em horários definidos ?	1 Sim	2 Não												
	17. O seu filho costuma beber bebidas açucaradas (como suco) ?	1 Não	2 Sim												
	18. Os pais finalizam a escovação dos dentes do seu filho ?	<table border="1"> <tr> <td>1 Finaliza a escovação (depois que o seu filho terminar de escovar os dentes)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 O seu filho não escova os dentes sozinho, os pais que escovam</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 O seu filho escova os dentes sozinho</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4 O seu filho não escova os dentes e nem os pais ajudam</td> <td>4</td> </tr> </table>		1 Finaliza a escovação (depois que o seu filho terminar de escovar os dentes)	1	2 O seu filho não escova os dentes sozinho, os pais que escovam	2	3 O seu filho escova os dentes sozinho	3	4 O seu filho não escova os dentes e nem os pais ajudam	4				
	1 Finaliza a escovação (depois que o seu filho terminar de escovar os dentes)	1													
	2 O seu filho não escova os dentes sozinho, os pais que escovam	2													
	3 O seu filho escova os dentes sozinho	3													
	4 O seu filho não escova os dentes e nem os pais ajudam	4													
19. Você tem alguma preocupação com relação a alergias alimentares ?	1 Não 2 Sim ()														
20. Que horas o seu filho acorda de manhã ?	<table border="1"> <tr> <td>1 Antes das 5 horas</td> <td>5 8 horas</td> </tr> <tr> <td>2 5 horas</td> <td>6 9 horas</td> </tr> <tr> <td>3 6 horas</td> <td>7 10 horas</td> </tr> <tr> <td>4 7 horas</td> <td>8 Depois das 11 horas</td> </tr> </table>	1 Antes das 5 horas	5 8 horas	2 5 horas	6 9 horas	3 6 horas	7 10 horas	4 7 horas	8 Depois das 11 horas	Por favor selecione um dos horários ao lado					
1 Antes das 5 horas	5 8 horas														
2 5 horas	6 9 horas														
3 6 horas	7 10 horas														
4 7 horas	8 Depois das 11 horas														
21. Que horas que o seu filho vai dormir à noite ?	<table border="1"> <tr> <td>1 Antes das 18 horas</td> <td>5 21 horas</td> </tr> <tr> <td>2 18 horas</td> <td>6 22 horas</td> </tr> <tr> <td>3 19 horas</td> <td>7 23 horas</td> </tr> <tr> <td>4 20 horas</td> <td>8 Depois das 24 horas</td> </tr> </table>	1 Antes das 18 horas	5 21 horas	2 18 horas	6 22 horas	3 19 horas	7 23 horas	4 20 horas	8 Depois das 24 horas	Por favor selecione um dos horários ao lado					
1 Antes das 18 horas	5 21 horas														
2 18 horas	6 22 horas														
3 19 horas	7 23 horas														
4 20 horas	8 Depois das 24 horas														
D Com relação a criação do filho	22. Como você tem se sentido física e mentalmente ultimamente ?	1 Bem 2 Mais ou menos bem 3 Mais ou menos 4 Mais ou menos ruim 5 Ruim													
	23. Existe alguém com quem você possa conversar sobre assuntos cotidianos relacionados à criação do filho ? Faça um círculo em todos os itens que se aplicam	<table border="1"> <tr> <td>1 Consulta entre casais</td> <td>6 Enfermeiras e parteiras de saúde pública</td> </tr> <tr> <td>2 Consulta sobre o avô ou avó</td> <td>7 Professoras da creche e do jardim da infância</td> </tr> <tr> <td>3 Consulta sobre parentes (tios, tias, irmãs) e vizinhos</td> <td>8 Consulta telefônica</td> </tr> <tr> <td>4 Sobre amigos</td> <td>9 Internet</td> </tr> <tr> <td>5 Sobre o seu médico ou enfermeiras</td> <td>10 Outros ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11 Não tem ninguém</td> </tr> </table>		1 Consulta entre casais	6 Enfermeiras e parteiras de saúde pública	2 Consulta sobre o avô ou avó	7 Professoras da creche e do jardim da infância	3 Consulta sobre parentes (tios, tias, irmãs) e vizinhos	8 Consulta telefônica	4 Sobre amigos	9 Internet	5 Sobre o seu médico ou enfermeiras	10 Outros ()		11 Não tem ninguém
	1 Consulta entre casais	6 Enfermeiras e parteiras de saúde pública													
2 Consulta sobre o avô ou avó	7 Professoras da creche e do jardim da infância														
3 Consulta sobre parentes (tios, tias, irmãs) e vizinhos	8 Consulta telefônica														
4 Sobre amigos	9 Internet														
5 Sobre o seu médico ou enfermeiras	10 Outros ()														
	11 Não tem ninguém														
24. Há algo que está te preocupando neste momento ? Faça um círculo em todos os itens que aplicam	<table border="1"> <tr> <td>1 Sobre a criança</td> <td>4 Sobre outras mães com criança pequena</td> </tr> <tr> <td>2 Relacionamento com o cônjuge/parceiro</td> <td>5 Outros</td> </tr> <tr> <td>3 Relacionamento com os pais/padrastos</td> <td>6 Não tenho nenhuma preocupação</td> </tr> </table>		1 Sobre a criança	4 Sobre outras mães com criança pequena	2 Relacionamento com o cônjuge/parceiro	5 Outros	3 Relacionamento com os pais/padrastos	6 Não tenho nenhuma preocupação							
1 Sobre a criança	4 Sobre outras mães com criança pequena														
2 Relacionamento com o cônjuge/parceiro	5 Outros														
3 Relacionamento com os pais/padrastos	6 Não tenho nenhuma preocupação														

→Tem o verso também

Questionário de avaliação de saúde para bebês de 1 ano e 9 meses (2)

Os itens desta página são do questionário aplicado em todo o país

1. A mãe da criança fuma atualmente ? (incluindo cigarros eletrônicos e produtos de tabaco aquecido)	1 Não 2 Sim (cigarros por dia)
2. O pai (ou parceiro) da criança fuma atualmente ? (Incluindo cigarros eletrônicos e produtos de tabaco aquecido)	1 Não 2 Sim (cigarros por dia)
3. As portas dos banheiros são projetadas de forma que as crianças não consigam abrir sozinho ?	1 Sim 2 Não 3 Não aplicável
4. Você tem tempo para passar o tempo com seus filhos relaxadamente ?	1 Sim 2 Não 3 Não posso dizer nada
5. Você sabia que muitas crianças entre 1 ano e meio a 2 anos de idade apontam para algo para demonstrar interesse ?	1 Sim 2 Não
6. Você já sentiu que é difícil criar um filho ?	1 Não sinto 2 As vezes sinto 3 Sempre sinto
7. Se você respondeu 「Sempre sinto」 「As vezes sinto」 na pergunta 6, conhece alguma solução para as dificuldades na criação dos filhos ?	1 Sim 2 Não
8. A mãe e o pai (parceiro) do seu filho cooperam entre si nas tarefas domésticas e nos cuidados com a criança ?	1 Sempre coopera 2 As vezes coopera 3 Quase não coopera 4 Não posso dizer nada
9. Nos últimos meses, aconteceu alguma das seguintes situações abaixo ? (Pode ter respostas múltiplas)	
1 Houve excesso de disciplina	1
2 Bati na criança emocionalmente	2
3 Saí de casa, deixando meu bebê sozinho	3
4 Deixei de alimentar o bebê por um longo período	4
5 Gritei com a criança emocionalmente	5
6 Tampei a boca da criança	6
7 Sacudi a criança violentamente	7
	8 Nenhum dos itens acima
10. Você conhece algum centro de cuidados infantis ou centro de apoio à infância na sua região ?	1 Sim 2 Não
11. De forma geral, como você avalia sua situação financeira atual ?	1 Tem bastante folga 2 Tem um pouco de folga 3 Normal 4 Tem um pouco de dificuldade 5 Tem muita dificuldade
12. Você deseja continuar criando seus filhos nesta região ?	1 Sim desejo 2 Acho que desejo 3 Acho que não desejo 4 Não desejo
Por favor, se tiver alguma dúvida ou preocupação, escreva abaixo	