

Questionário de avaliação de saúde para crianças de 2 anos e 6 meses

Furigana			Nascido em Ano Reiwa    Mês    Dia    (Filho nº    )		Família : Composição familiar que não inclua a criança					
Nome					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 (    )						
Frequenta a creche (ncia • Não	) pré-escola, jardim da infâ		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. O seu filho consegue pular com os pés juntos ?		1 Sim	2 Não										
	2. O seu filho desenha um círculo e diz 「Este é buu - buu」 ?		1 Sim	2 Não										
	3. Histórico do desenvolvimento	• Se você mostrar um livro ilustrado para seu filho e perguntar 「Qual é o trem ?」 ou 「Onde está o pássaro ?」, ele conseguirá apontar e responder corretamente ?	(    )	anos    meses										
		• A criança quando deseja algo, dá preferência para coisas maiores ou usa as palavras 「grande」 ou 「pequeno」 ?	(    )	anos    meses										
		• O seu filho costuma dizer duas ou mais palavras seguidas, tais como 「Vamos lá fora」 「O cachorro está dormindo」 ?	(    )	anos    meses										
	4. Por favor, escreva as palavras mais recentes do seu filho, exatamente como foram ditas		[    ]											
	5. O interesse do seu filho pelas palavras está crescendo e ele começa a perguntar 「O que é isso ?」 ?		1 Sim	2 Não										
6. O seu filho gosta de brincar com bonecas fazendo de conta que é um bebê ?		1 Sim	2 Não											
7. Você tem alguma preocupação comportamental com relação ao seu filho ?		1 Não	2 Sim											
B Histórico médico e estado atual	8. O seu filho já teve alguma doença grave ou precisou de tratamento para alguma doença ?		1 Não	2 Sim (    )										
	9. Tem algum dentista que costuma levar o seu filho frequentemente ?		1 Sim	2 Não    3 Não posso dizer nada										
C Hábitos diários	10. O seu filho chupa os dedos ou usa chupeta ?		1 Não	2 Sim										
	11. As refeições e lanches do seu filho são feitas em horários definidos ?		1 Sim	2 Não										
	12. O seu filho costuma beber bebidas açucaradas (como suco) ?		1 Não	2 Sim										
	13. Os pais finalizam a escovação dos dentes do seu filho ?		<table border="1"> <tr> <td>1 Finaliza a escovação (depois que a criança terminar de escovar os dentes)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 A criança não escova os dentes sozinho, os pais que escovam</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 A criança escova os dentes sozinho</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4 A criança não escova os dentes e nem os pais ajudam</td> <td>4</td> </tr> </table>			1 Finaliza a escovação (depois que a criança terminar de escovar os dentes)	1	2 A criança não escova os dentes sozinho, os pais que escovam	2	3 A criança escova os dentes sozinho	3	4 A criança não escova os dentes e nem os pais ajudam	4	
	1 Finaliza a escovação (depois que a criança terminar de escovar os dentes)	1												
	2 A criança não escova os dentes sozinho, os pais que escovam	2												
	3 A criança escova os dentes sozinho	3												
	4 A criança não escova os dentes e nem os pais ajudam	4												
	14. Quanto tempo o seu filho passa assistindo TV, usando tablets ou smartphones por dia ?		Total	horas										
	15. O seu filho tem oportunidade de brincar com outros amigos ?		1 Sim	2 Não										
16. O seu filho tem interesse em brincar com os amigos ?		1 Sim	2 Não											
17. O seu filho costuma brincar de que ?		Dentro de casa (    ) Fora de casa (    )												
18. Com relação a rotina diária (Indique o tempo de sono do seu filho, pintando o gráfico de horas do lado)		<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>6</td><td>12</td><td>18</td><td>24</td> </tr> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> </table>			0	6	12	18	24	□	□	□	□	□
0	6	12	18	24										
□	□	□	□	□										
D Refeições	19. Faça um círculo nas refeições que o seu filho faz		Café da manhã	• Almoço    • Janta										
	20. O seu filho faz a refeição usando talheres (colher, garfo, hashi, etc.) ?		1 Sim	2 Não										
	21. O seu filho faz a refeição junto com a família ?		1 Sim	2 Não										
E Com relação a criação	22. Quando você se sente feliz, quando está cuidando do seu filho ?		[    ]											
	23. Você acha que sair com seus filhos é um fardo ?		1 Não	2 Sim										
	24. Você costuma se sentir frustrado (a) ou estressado (a) ao criar os filhos ?		1 Não	2 Tanto faz										
	25. Se tiver mais alguma dúvida ou preocupação, por favor, nos avise		3 Sim (Quando    ) [    ]											

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