

Questionário de exame de saúde para crianças de 3 anos e 6 meses (1)

→Consulte o verso

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 ( ) 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 Histórico médico e estado atual	1. A criança tem um médico ?		1 Sim	2 Não	3 Não posso dizer nada									
	2. Seu filho frequenta regularmente uma clínica odontológica ?		1 Sim	2 Não	3 Não posso dizer nada									
	3. O seu filho já teve alguma doença grave ?		1 Não	2 Sim ( )										
	4. O seu filho já precisou ir ao hospital depois de um acidente ?		1 Não	2 Sim ( )										
B desenvolvimento	5. O seu filho se veste ou despi sozinho (a) ?		1 Sim	2 Não										
	6. O seu filho costuma brincar de faz-de-conta, de casinha ou fingir de herói ?		1 Sim	2 Não										
	7. Você tem alguma preocupação com relação a palavras (fala) do seu filho ?		1 Não	2 Sim ( atraso • pronúncia • interação • outros )										
	8. A criança costuma dizer duas ou mais palavras seguidas, tais como 「Vamos lá fora」 「O cachorro está dormindo」 ?		1 Sim ( anos meses)	2 Não										
	9. Você tem alguma preocupação comportamental com relação ao seu filho ?		1 Não	2 Sim										
C Hábitos alimentares	10. As refeições e lanches do seu filho são feitas em horários definidos ?		1 Sim	2 Não										
	11. Você tem alguma preocupação com a alimentação seletiva ou a falta de apetite do seu filho ?		1 Não	2 Sim										
	12. O seu filho costuma beber bebidas açucaradas (como suco) ?		1 Não	2 Sim										
D Hábitos diários	13. O seu filho escova os dentes e lava as mãos ?		1 Sim	2 Não										
	14. O seu filho chupa os dedos ou usa chupeta ?		1 Não	2 Sim										
	15. Os pais finalizam a escovação dos dentes do 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												
16. Quanto tempo o seu filho passa assistindo TV, usando tablets ou smartphones por dia ?		1 Não	2 Sim											
17. Que horas o seu filho acorda de manhã ?		1 Antes das 5 horas 2 5 horas 3 6 horas 4 7 horas	5 8 horas 6 9 horas 7 10 horas 8 Depois das 11 horas	Por favor selecione um dos horários ao lado										
18. Que horas que a criança vai dormir à noite ?		1 Antes das 18 horas 2 18 horas 3 19 horas 4 20 horas	5 21 horas 6 22 horas 7 23 horas 8 Depois das 24 horas	Por favor selecione um dos horários ao lado										
E Com relação a criação do filho	19. 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											
	20. Existe alguém com quem você possa conversar sobre assuntos cotidianos relacionados à criação do filho ?		1 Consulta entre casais 2 Consulta sobre o avô ou avó 3 Consulta sobre parentes (tios, tias, irmãos) e vizinhos 4 Sobre amigos 5 Sobre o seu médico ou enfermeiras 6 Enfermeiras e parteiras de saúde pública 7 Professoras da creche e do jardim da infância 8 Consulta telefônica 9 Internet 10 Outros ( ) 11 Não tem ninguém											
	21. Há algo que está te preocupando neste momento ? Faça um círculo em todos os itens que aplicam		1 Sobre a criança 2 Relacionamento com o cônjuge/parceiro 3 Relacionamento com os pais/padrastos 4 Sobre outras mães com criança pequena 5 Outros 6 Não tenho nenhuma preocupação											

## 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. Você sabia que muitas crianças entre 3 e 4 anos, 「se forem convidados por outras crianças, querem participar juntos」	1 Sim            2 Não
4. Você tem tempo para passar o tempo com seus filhos relaxadamente ?	1 Sim 2 Não 3 Não posso dizer nada
5. Você já sentiu que é difícil criar um filho ?	1 Não sinto 2 As vezes sinto 3 Sempre sinto
6. 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
7. 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
8. 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 Nenhum dos itens acima
9. Você conhece algum centro de cuidados infantis ou centro de apoio à infância na sua região ?	1 Sim            2 Não
10. 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
11. 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	