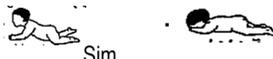


0	0	0							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

Formulário de consulta do exame médico do bebê de 4 meses

Antes de passar pelo exame médico, por favor preencha as linhas grossas. (Não esqueça de trazer a caderneta de saúde materno-infantil.

(Cidade de Otsu)

Nome (Furigana) (Filho)		Nascimento Ano Mês Dia M · F		Estado atual da mãe e do bebê	
Endereço				1. Seu pescoço balança quando você o segura na posição vertical (Balança · Não balança)	
Telefone				2. Quando o bebê se deita de bruços, apoia o corpo com os cotovelos, ele levanta a cabeça  Sim Não	
Nome do responsável(Relação)		Nome do responsável(Relação)		3. O bebê brinca juntando as mãos na frente do rosto (Sim · Não)	
				4. Já reparou se o corpo do bebê é mole e não tem firmeza (Sim · Não)	
No nascimento	Peso g	Altura cm	Circunferência do peito cm	Circunferência da cabeça cm	5. Já reparou se o corpo do bebê dobra fácil e fica difícil de segurar (Sim · Não)
10 meses	Peso g	Altura cm	Circunferência do peito cm	Circunferência da cabeça cm	6. O bebê consegue segurar o chocalho com ambas as mãos (Sim · Não)
ア. Condições da gravidez · Sem problema · Com problema ··· Anemia, ameaça de aborto/trabalho de parto prematuro, hipertensão gestacional, diabetes, tireóide, infecções, outros ()				7. Reparou se o bebê consegue seguir objetos móveis com o olho ou alguma anormalidade no olhar (Não · Sim)	
イ. Condições do parto · Nasceu com quantas semanas (semanas) · Condições ··· Parto normal, parto prematuro, cesariana, apresentação pélvica, parto por sucção, parto a fórceps, partos ()				8. Quando acalmar o bebê ele dá risada (Sim · Não)	
ウ. Local do parto na província de Mie · (Província de) Hospital, clínica, Consultório médico, maternidade (), casa				9. O bebê faz sons como [ahh] ou [wooh] (Sim · Não)	
エ. Condições do nascimento e neonatais · Sem problema · Com problema ··· Teve inalação de oxigênio, teve icterícia grave em uma incubadora, teve dificuldade para sugar o leite outros ()				10. Ritmo de vida (Por favor, preencha as horas que o bebê costuma dormir)	
オ. Teve alguma doença · Não · Sim				0 6 12 18 24 	
カ. Teste auditivo de recém nascido · Direita (normal, necessário novo teste) Esquerda(normal, necessário novo teste) · Não foi realizado a ※ No caso do reexame Resultado ()				11. Alimentação atual Leite materno () vezes Leite () ml por dia	
Os resultados do check-up de 4 meses serão enviados da instituição médica para a setor de saúde de materno infantil da cidade de Otsu e para o Centro de Aconselhamento Saudável no mês seguinte ao check-up. O Gabinete de Consultas de Saúde pedirá entrar em contato sobre o estado do bebê e da mãe. Se você tiver alguma dúvida, não hesite em nos contatar no Centro de				12. Você tem alguma preocupação com relação a amamentação ou comida para o bebê (Sim · Não)	
				13. Se você respondeu [sim] na pergunta 12, qual seria a dúvida	
				14. Quantas vezes por semana a mãe costuma tomar o café da manhã () por semana	
				15. Você sente que tem dificuldade para criar o bebê (1. Sempre sinto 2. Às vezes 3. Não sinto)	
				16. Para as pessoas que responderam 1. sempre sinto e 2.às vezes na questão 15 ① Por favor, descreva especificamente quando e onde sente dificuldade na criação do bebê	
				② Tem onde consultar ou resolver o problema (Sim · Não)	
				17. Como você está se sentindo e como está o seu corpo (Normal · Não estou bem) Para as pessoas que responderam [não estou bem], descreva abaixo o problema	
				18. Nesse último mês que passou, você se sentiu muito irritada ou muito deprimida ? (Não · Sim)	
				19. Cuidados e apoio de parteiras, enfermeiras de de saúde pública, etc durante o primeiro mês após a alta do hospital Recebi assistência o suficiente (1. Sim 2. Não 3. Nenhum dos dois)	
				20. Você quer continuar criando os filhos nesta área ? (Sim · Não)	
				21. Se você tiver alguma dúvida sobre a criação ou sobre o bebê ou tiver algum problema, por favor anote abaixo.	

※Os campos abaixo serão preenchidos pelo médico

Resultado do exame

※A curva do ganho do peso é fornecida na Caderneta de Saúde Materno-Infantil

Peso	Altura	Circunferência do peito	Circunferência da cabeça	14. Determine a postura abaixo	
Índice Kaup	Aumento do peso (Normal · Anormal · Aumentando)	Fontanela anterior (×) cm		a. Posição supina (① · ② · ③ · Indecifrável)	
Ítem	Normal	Observação (Preencha com ○ os itens correspondentes)		①  ②  ③ 	
1. Pele		Eczema · hemangioma · nevo ()		b. Reação provocada (① · ② · ③ · Indecifrável)	
2. Vista		Estrabismo · ptose · nistagmo ()		①  ②  ③ 	
3. Cavidade oral		Fenda labial · fenda palatina · candidíase ()		c. Reação de Landal (① · ② · ③ · Indecifrável)	
4. Pescoço		Tumor · torcicolo ()		①  ②  ③ 	
5. Peito		Sopro cardíaco · sibilos · retrações ()		15. Decisão geral	
6. Abdômen		Hepatoesplenomegalia · tumor ()		① Sem problemas	
7. Virilha		Hérnia · testículo não descido · edema escrotal ()		②	
8. Articulação do quadril		Restrição de abertura e excreção · Diferença de comprimento das pernas ()		Com relação a	
9. Desenvolvimento mental		Não ri · Não acompanha · Não tem vozes		a. Foi apresentado (apresentado para)	
10. Desenvolvimento motor		Indeterminado · diferença esquerda/direita · não tenta segurar objetos		b. Acompanhamento em nosso hospital	
11. Audição		Reação ao som (chocalho, etc): direito não reage · esquerdo não reage		c. Tratamento · Sob acompanhamento	
12. Tônus muscular		Aumentou · Diminuiu		d. Recomendo o grupo de aconselhamento para bebê	
13. Outras descobertas				※ Se precisar de apoio para nutrição, cuidados infantis, desenvolvimento ou se precisar de outras observações e acompanhamentos, recomende uma reunião com o grupo de aconselhamento para bebê	

Dia da consulta : Ano Mês Dia

Código da instituição médica

--	--	--	--

Nome da instituição médica

nome do médico

In

◇ Como preencher o formulário de check-up de saúde de 4 meses ◇

①	Número de referência (※Por favor preencha o número de 7 dígitos da caderneta do bebê)	Por favor confira o verso para preencher										
	Formulário de consulta do exame médico do bebê de 4 meses											
	Antes de passar pelo exame médico, por favor preencha as linhas grossas. (Não esqueça de trazer a caderneta de saúde materno-infantil. (Cidade de Otsu))											
②	Nome (Furigana) _____ Nascimento _____ (Filho) Ano Mês Dia M · F Endereço _____ Telefone _____ Nome do responsável(Relação) _____ Nome do responsável(Relação) _____ () () No nascim ento _____ g _____ cm _____ cm _____ cm 1o m _____ g _____ cm _____ cm _____ cm és _____ g _____ cm _____ cm _____ cm	Estado atual da mãe e do bebê 1. Seu pescoço balança quando você o segura na posição vertical (Balança · Não balança) 2. Quandoo bebê se deita de bruços, apoia o corpo com os cotovelos, ele levanta a cabeça Sim Não 3. O bebê brinca juntando as mãos na frente do rosto (Sim · Não) 4. Já reparou se o corpo do bebê é mole e não tem firmeza (Sim · Não) 5. Já reparou se o corpo do bebê dobra fácil e fica difícil de segurar (Sim · Não) 6. O bebê consegue segurar o chocalho com ambas as mãos (Sim · Não) 7. Reparou se o bebê consegue seguir objetos móveis com o olho ou alguma anormalidade no olhar (Não · Sim) 8. Quando acalmar o bebê ele dá risada (Sim · Não) 9. O bebê faz sons como [ahh] ou [wooh] (Sim · Não)										
③	ア. Condições da gravidez ·Sem problema ·Com problema ··· Anemia, ameaça de aborto/trabalho de parto prematuro, hipertensão gestacional, diabetes, tireóide, infecções, outros () イ. Condições do parto ·Nasceu com quantas semanas (semanas) ·Condições ··· Parto normal, parto prematuro, cesariana, apresentação pélvica, parto por sucção, parto a fórceps, putros () ウ. Local do parto na província de Mie (Província de) Hospital, clínica, Consultório médico, maternidade (), casa エ. Condições do nascimento e neonatais ·Sem problema ·Com problema ··· Teve inalação de oxigênio, teve icterícia grave em uma incubadora, teve dificuldade para sugar o leite outros () オ. Teve alguma doença ·Não ·Sim カ. Teste auditivo de recém nascido ·Direita (normal, necessário novo teste) Esquerda(normal, necessário novo teste) ·Não foi realizado a ※ No caso do reexame Resultado ()	10. Ritmo de vida (Por favor, preencha as horas que o bebê costuma dormir) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">12</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">18</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">24</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> 11. Alimentação atual Leite materno () vezes Leite () ml por dia 12. Você tem alguma preocupação com relação a amamentação ou comida para o bebê (Sim · Não) 13. Se você respondeu [sim] na pergunta 12, qual seria a dúvida 14. Quantas vezes por semana a mãe costuma tomar o café da manhã () por semana 15. Você sente que tem dificuldade para criar o bebê (1. Sempre sinto 2. Às vezes 3. Não sinto) 16. Para as pessoas que responderam 1. sempre sinto e 2.às vezes na questão 15 ① Por favor, descreva especificamente quando e onde sente dificuldade na criação do bebê ② Tem onde consultar ou resolver o problema (Sim · Não) 17. Como você está se sentindo e como está o seu corpo (Normal · Não estou bem) Para as pessoas que responderam [não estou bem], descreva abaixo o problema 18. Nesse último mês que passou, você se sentiu muito irritada ou muito deprimida ? (Não · Sim) 19. Cuidados e apoio de parteiras, enfermeiras de de saúde pública, etc durante o primeiro mês após a alta do hospital Recebi assistência o suficiente (1. Sim 2. Não 3. Nenhum dos dois)	0	6	12	18	24					
0	6	12	18	24								
④		⑤										
⑥	Os resultados do check-up de 4 meses serão enviados da instituição médica para a setor de saúde de materno infantil da cidade de Otsu e para o Centro de Aconselhamento Saudável no mês seguinte ao check-up. O Gabinete de Consultas de Saúde poderá entrar em contato sobre o estado do bebê e da mãe. Se você tiver alguma dúvida, não hesite em nos contatar no Centro de Consultas de Saúde ou Consulta do Bebê.	20. Você quer continuar criando os filhos nesta área ? (Sim · Não) 21. Se você tiver alguma dúvida spbre a criação ou sobre o bebê ou tiver algum problema, por favor anote abaixo.										

< Notas >

- ① Por favor, preencha o número de 7 dígitos da caderneta do bebê
- ② Se você mora fora do seu endereço registrado, anote o número do telefone para entrarmos em contato
- ③ Consulte as páginas [condição do parto] e [check-up de um mês] da caderneta de saúde materno-infantil
- ④ Consulte a página [período neonatal inicial] da caderneta de saúde materno-infantil
- ⑤ Consulte a página 3 do caderno de bebê e preencha a situação atual do bebê e da mãe
- ⑥ O resultado do teste [pass] significa que está normal e [refer] que vai ser necessário um reexame

O formulário de check-up de 4 meses é um registro de saúde importante para o seu filho
Após o check-up de 4 meses, certifique-se de receber a cópia
Deixe anexado à Caderneta de Saúde Materno-Infantil
(Necessário para o check-up de 10 meses)