

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

# Formulario de Examen de Salud de Bebé de 4 meses

\* Rellene sólo la parte superior del formulario antes de someterse a un examen médico. (No olvide traer su Manual de Salud Materno-infantil durante su examen.)

(Copia de Ciudad de Otsu)

Nombre ( <i>furigana</i> ) (Orden de nacimiento: _____)		Nacido en Año · mes · día		M · F	<b>Situación actual del bebé y su madre</b> 1. ¿Se tambalea el cuello cuando lo sostiene erguido? (No · Sí) 2. Cuando te acuestas boca abajo, ¿te apoyas con los codos y levantas la cabeza?  (Sí · No) 3. ¿Juegas con las manos juntas delante de la cara? (Sí · No) 4. ¿Alguna vez has sentido que su cuerpo no es suave y firme? (No · Sí) 5. ¿Alguna vez has sentido que es difícil de sostener porque el bebé tiende a inclinarse hacia atrás? (No · Sí) 6. Cuando sostienes un sonajero, ¿lo sostienes con cualquiera de las manos? (Sí · No) 7. ¿Crees que es extraño que no sigas las cosas con los ojos o vea con la mirada torva? (No · Sí) 8. ¿Te ríes a carcajadas cuando lo mima? (Sí · No) 9. ¿Pronuncias "aaa" o "ooo"? (Sí · No) 10. Ritmo de vida (colorea las horas en las duermes.) <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <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> 11. ¿Cuál es tu nutrición actual? Leche materna ( ) veces leche 1 día ( ) ml 12. ¿Tiene alguna preocupación o ansiedad sobre la lactancia materna o la comida para bebés? (No · Sí) 13. Si ha contestado "Sí" en la pregunta anterior, por favor, escríbalo detalladamente. ( ) 14. ¿Cuántas veces a la semana suele desayunar tu madre? ( ) vez/vrces a la semana 15. ¿Siente que su bebé es difícil de criar? (1. Siente siempre · 2. A veces siente · 3. No sientes) 16. Si ha contestado en la pregunta 15, 1. Siempre siento y 2. A veces, (1) Por favor, escriba específicamente cuándo y dónde le resulta difícil plantear. ( ) (2) ¿Existe alguien a quien pueda consultar o tiene alguna solución como la consulta de información? (Sí · No) 17. ¿Cómo son los sentimientos y la condición física de tu madre? (Normal · Mal) ¿Qué quieres decir con la contestada de "Mal"? ( ) 18. ¿Alguna vez te has sentido muy irritable o muy deprimido durante el último mes? (No · Sí) 19. Desde el momento en que fue dada de alta del hospital hasta un mes después del parto, ¿recibió suficiente atención y apoyo de parteras y enfermeras de salud pública? (1. Sí · 2. No · 3. Ninguna) 20. ¿Quieres seguir criando hijos en esta área? (Sí · No) 21. Por favor, escriba si tiene alguna inquietud sobre su bebé, madre o problemas. ( )					0	6	12	18	24					
0	6	12	18	24															
A. Estado durante el embarazo · No hay problema (Si hay, "O" en caso del ítem correspondiente o rellene entre paléntesis) · Anemia · Amenaza de aborto · Amenaza de parto prematuro · Síndrome de hipertensión gestacional · Diabetes · Tiroides · Infección · Otros ( )																			
B. Estado de parto · Semanas de parto: ( ) semanas · Situación: Parto normal · Parto prematuro · Cesárea · Posición pélvica · Parto por succión · Parto con fórceps · Otros ( )																			
C. Lugar de nacimiento: Prefectura de Shiga · ( Prefectura de Hospital · Clínica · Consultorio médico · Clínica de partería · Hogar Nombre de Hospital etc.: ( )																			
D. Estado al nacer y en el período neonatal · No hay problema (Si hay, "O" en caso del ítem correspondiente o rellene entre paléntesis) · Oxígeno inhalado · Entró en una incubadora · Tenía ictericia fuerte · Bebía mal leche · Otros ( )																			
E. Enfermedades que han ocurrido hasta ahora (No · Sí) ( )																			
F. Prueba de audición neonatal · Derecha (Normal · Se requiere otro examen) · Izquierda (Normal · Se requiere otro examen) · No realizado ※ Resultado en caso de reexamen ( )																			

Los resultados del examen de salud infantil de 4 meses se enviarán de la institución médica a la División de Salud Materno-Infantil de la Ciudad de Otsu y al Centro de Consejería de Salud (Sukoyaka-sodansho) el mes después de la consulta. El centro de Consejería puede comunicarse con usted acerca de la condición de su bebé o madre. Si tiene alguna inquietud, aceptamos consultas en centros de asesoramiento saludable y reuniones de consulta para bebés, así que no dude en usarlos.

## Resultados del examen de salud

\* El siguiente es el campo de entrada del médico.

\* La curva de aumento de peso se describe en el Manual de salud materno-infantil.

Peso	Estatura	Perímetro torásico	Perímetro crancal	14. Juzga las siguientes posturas: a. Posición de Susine ((1) · (2) · (3) No decidido)    b. Reacción al levantarlo ((1) · (2) · (3) No decidido)    c. Reacción de Landau ((1) · (2) · (3) No decidido)   					
Índice de Kaup	Estado de aumento de peso (Normal · Mal · Excesivo)		Gran Fontanela ( × )cm	15. Sentencia exhaustiva ① Normal ② Por el siguiente motivo : ( ) a. introducimos al médico especialista (a ) b. supervisaremos su progreso en nuestro hospital. c. está haciendo el tratamiento y está bajo el control. d. recomendamos a acudir a la reunión de consulta de bebés. ※ Si necesita apoyo con respecto a la nutrición, el cuidado de los niños, el desarrollo u otro seguimiento, no dude en recomendar la reunión de consulta de bebés, "Akachan Sodankai".					
Artículo	Normal	Observaciones ("O" en caso del ítem correspondiente o rellene en paléntesis)							
1. Piel		Eczema · Hemangioma · Nevo · ( )							
2. Ojos		Estrabismo · Ptosis · Nistagmo · ( )							
3. Cavidad bucal		Labio leporino · Paladar hendido · Aftas · ( )							
4. Cervicales		Masa · Tortícolis · ( )							
5. Pecho		Soplo cardíaco · Estridor · Depresión respiratoria · ( )							
6. Abdomen		Hepatoesplenomegalia · Masa · ( )							
7. Ingle		Hernia · Criptorquidia · Edema escrotal · ( )							
8. Articulación coxal		Restricción de apertura y excreción · Diferencia de longitud de las extremidades inferiores ( )							
9. Desarrollo mental		No sonríe · No persigue · No habla							
10. Desarrollo motor		No cervical · Diferencia izquierda/derecha · No intentes tener cosas							
11. Audiencia		Reacción al sonido(sonajeros etc.) : No derecha · No izquierda							
12. Tensión muscular		Aumento · Disminución							
13. Otras observaciones									

Fecha de examen: Año · mes · día

Código de institución médica

Nombre de la institución médica

Nombre del médico

## ◇ Cómo completar un formulario de examen de salud infantil de 4 meses ◇

① →

② →

③

④ →

⑥ →

Número de referencia (*Escriba los números de 7 cifras en el Manual del bebé)					Por favor, vea la parte posterior para saber cómo escribir.				
<b>Formulario de Examen de Salud de Bebé de 4 meses</b>									
* Rellene sólo la parte superior del formulario antes de someterse a un examen médico. (No olvide traer su Manual de Salud Materno-infantil durante su examen.) (Copia de Ciudad de Otsu)									
Nombre (Kirigana)					<b>Situación actual del bebé y su madre</b>				
Nacido en					1. ¿Se tambalea el cuello cuando lo sostiene erguido? (No · SI)				
(Orden de nacimiento: _____) Año · mes · día M · F					2. Cuando te acuestas boca abajo, ¿te apoyas con los codos y levantas la cabeza?  (No · SI)				
Dirección					3. ¿Juegas con las manos juntas delante de la cara? (SI · No)				
Nombre del padre					4. ¿Alguna vez has sentido que su cuerpo no es suave y firme? (No · SI)				
Nombre del madre					5. ¿Alguna vez has sentido que es difícil de sostener porque el bebé tiende a inclinarse hacia atrás? (No · SI)				
Teléfono:					6. Cuando sostienes un sonajero, ¿lo sostienes con cualquiera de las manos? (SI · No)				
Al nacer					7. ¿Crees que es extraño que no sigas las cosas con los ojos o vea con la mirada torva? (No · SI)				
Peso					8. ¿Te ríes a carcajadas cuando lo mimas? (SI · No)				
Estatura					9. ¿Pronuncias "aaa" o "ooo"? (SI · No)				
Perímetro torácico					10. Ritmo de vida (colorea las horas en las duermes.)				
Perímetro craneal					0 6 12 18 24				
primer mes					11. ¿Cuál es tu nutrición actual? Leche materna ( ) veces leche 1 día ( ) ml				
A. Estado durante el embarazo					12. ¿Tiene alguna preocupación o ansiedad sobre la lactancia materna o la comida para bebés? (No · SI)				
· No hay problema (Si hay, marque con una X en el ítem correspondiente y rellene entre paréntesis)					13. Si ha contestado "SI" en la pregunta anterior, por favor, escríbalo detalladamente.				
· Anemia · Amenaza de aborto · Amenaza de parto prematuro · Síndrome de hipertensión gestacional · Diabetes · Tiroideas · Infección · Otros ( )					14. ¿Cuántas veces a la semana suele desayunar tu madre? ( ) vez/veces a la semana				
B. Estado de parto					15. ¿Siente que su bebé es difícil de criar? (1. Siempre siento · 2. A veces siento · 3. No siento)				
· Semanas de parto: ( ) semanas					16. Si ha contestado en la pregunta 15, 1. Siempre siento y 2. A veces, (1) Por favor, escriba específicamente cuándo y dónde le resulta difícil plantear.				
· Situación: ( )					17. ¿Cómo son los sentimientos y la condición física de tu madre? (Normal · Mal)				
Parto normal · Parto prematuro · Cesárea · Posición pélvica · Parto por succión · Parto con fórceps · Otros ( )					18. ¿Qué quieres decir con la contestada de "Mal"? ( )				
C. Lugar de nacimiento: Prefectura de Shiga ( Prefectura de )					19. ¿Alguna vez te has sentido muy irritable o muy deprimido durante el último mes? (No · SI)				
· Hospital · Clínica · Consultorio médico · Clínica de partería · Hogar					20. Desde el momento en que fue dada de alta del hospital hasta un mes después del parto, ¿recibió suficiente atención y apoyo de parteras y enfermeras de salud pública? (1. SI · 2. No · 3. Ninguna)				
Nombre de Hospital etc.: ( )					21. Por favor, escriba si tiene alguna inquietud sobre su bebé, madre o problemas. ( )				
D. Estado al nacer y en el período neonatal					22. ¿Quieres seguir criando hijos en esta área? (SI · No)				
· No hay problema (Si hay, marque con una X en el ítem correspondiente o rellene entre paréntesis)									
· Oxígeno inhalado · Entró en una incubadora · Tenía ictericia fuerte · Bebía mal leche · Otros ( )									
E. Enfermedades que han ocurrido hasta ahora (No · SI) ( )									
F. Prueba de audición neonatal									
· Derecha (Normal · Se requiere otro examen)									
· Izquierda (Normal · Se requiere otro examen)									
· No realizado									
※ Resultado en caso de reexamen ( )									
* Los resultados del examen de salud infantil de 4 meses se enviarán de la institución médica a la División de Salud Materno-Infantil de la Ciudad de Otsu y al Centro de Consejería de Salud (Sutayakir-jodoshin) el mes después de la consulta. El centro de Consejería puede comunicarse con usted acerca de la condición de su bebé o madre. * Si tiene alguna inquietud, aceptamos consultas en centros de asesoramiento saludable y reuniones de consulta para bebés, así que no dude en usarlos.									

⑤

### < Precauciones >

- (1) Escriba los números de 7 cifras del Manual del bebé (*Akachan techo*).
- (2) Si actualmente vive en otra dirección, escriba también un número de teléfono donde pueda ser contactado.
- (3) Véase las páginas "Estado del parto" y "Examen de salud de 1 mes" del Manual de salud materno-infantil.
- (4) Véase la página "Período neonatal temprano" del Manual de salud materno-infantil.
- (5) Véase la página 3 del Manual del bebé para conocer la situación actual del bebé y la madre.
- (6) En el resultado de inspección, "Pass" significa "sin problema" y si es "Refer", requiere otra examen médico.

**El formulario de examen de salud infantil de 4 meses es un registro importante de la salud de su hijo/hija.**

**Después de someterse a un examen de salud infantil de 4 meses, asegúrese de recibir un "recibo personal",**

**Sírvase adjuntarlo al Manual de salud materno-infantil.**