

Número de control (※Escriba los 7 números de la Libreta del bebé "Akachan techoo".)

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

## Formulario de co

※Rellene sólo la parte superior del formulario. (Traiga sin falta la libreta de materno infantil "Boshi kenkoo techoo".)

Nombre (¿Cuántos hijos tiene? )	Año	Mes	Día	M • F
------------------------------------	-----	-----	-----	-------

Dirección	Teléfono
-----------	----------

Nombre del padre		Nombre de la madre		
Nacimiento	Peso g	Estatura cm	Diámetro torácico cm	Diámetro craneal cm
Primer mes	g	cm	cm	cm

A. Estado durante el embarazo

- Sin Problema
- Tuvo ••• anemia, amenaza de parto prematuro/amenaza de aborto, síntomas de tensión alta en el embarazo diabetes, tiroidismo, infección otros ( )

B. Estado durante el parto

- Semanas de parto ( semanas)
- Situación ••• parto normal, prematuro, cesárea, presentación de nalgas, extracción al vacío, parto con fórceps, otros ( )

C. Lugar de nacimiento En Shiga • En otra provincia ( )  
En Hospital • Clínica • Casa de maternidad ( nombre: ), En su domicilio

D. Circunstancias al nacer el niño

- Sin problema
- Con problema ••• inhalación de oxígeno, incubadora, ictericia fuerte, consumo insuficiente de leche otros ( )

E. Enfermedades que tuvo hasta hoy

- NO
- SÍ ••• ( )

F. Examen del Tamizaje Auditivo Neonatal

- Realizado. → Resultado: Derecho ( Sin problema. Requiere otro examen. ) Izquierdo ( Sin problema. Requiere otro examen. )
- NO realizado.

※ El resultado de este examen será enviado en un mes de la institución médica a la División de promoción de salud de la Ciudad de Otsu (Otsu-shi Kenkou Suishin-ka) y al centro de consulta "Sukoyaka Soudansho". Dependiendo de la situación, el personal del centro contactará con usted. Cualquier duda o preocupación sobre su bebé o usted misma, no dude en consultarla.

※La parte abajo, sólo para el médico.

## RESULTADO


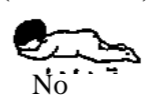
Peso	Estatura	Diámetro torácico	Diámetro craneal
g	cm	cm	cm
Indice Kaup	Estado de aumento de peso ( Normal • Mal • Excesivo )		Fontanela Anterior ( × cm)
Artículo	Normal	Observaciones (En caso de que corresponda, escribir ○ o el detalle.)	
1. Piel		Eczema • Angioma • Nevo ( )	
2. Vista		Estrabismo • Ptosis • Nistagmo ( )	
3. Oral		Labio leporino • Paladar hendido • Tordo ( )	
4. Cuello		Tumor • Torticolis ( )	
5. Pecho		Soplos cardíacos • Estridor • Insuficiencia respiratoria ( )	
6. Abdomen		Hepatoesplenomegalia • Tumor ( )	
7. Ingle		Hernia • Criptorquidia • Hidrocele testicular ( )	
8. Articulación coxal		Restricción abierta • Diferencia visible en la longitud ( )	
9. Desarrollo psicológico		No ríe. • No sigue con la mirada. • No habla.	
10. Desarrollo motor		No estabiliza su cuello. • Existe lateralidad. • No quiere agarrar nada.	
11. Audición		Reflejos auditivos (sonajero): Derecho NO • Izquierdo NO	
12. Tono muscular		Ascendente • Descendente	
13. Otras observaciones			

Fecha:      Año      Mes      Día

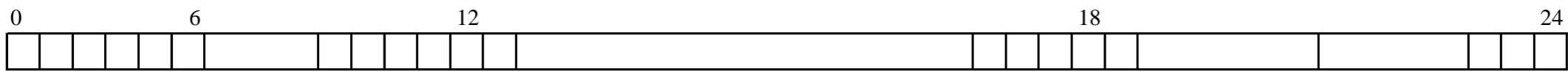
Código médico

## ntrol de 4 meses

### ESTADO ACTUAL DEL BEBÉ Y SU MADRE

1. Cuando usted lo sostiene parado, pierde estabilidad su cuello. ( No • Sí )
2. Cuando usted lo pone boca abajo, levanta su cabeza con apoyo de sus codos.   ( Sí • No )
3. Juega llevando sus dos manos delante de su cara. ( Sí • No )
4. Parece que su cuerpo es débil y no tiene firmeza. ( No • Sí )
5. Parece que se le hace difícil agarrarlo, porque se encorva. ( No • Sí )
6. Al darle su sonajera, puede cogerlo con cualquiera de sus manos. ( Sí • No )
7. No sigue objetos con su mirada. Piensa que tiene mirada rara. ( No • Sí )
8. Cuando usted lo mima, se ríe a carjadas. ( Sí • No )
9. Pronuncia "Aaaa" "Uuuu" u otro tipo de voces. ( Sí • No )

10. Ritmo de vida (Pinte el horario en el que duerme el bebé.)



11. Nutrición actual: Leche materna ( ) veces Biberón ( ) ml/día

12. Tiene alguna preocupación sobre la lactancia y la alimentación después del destete. ( No • Sí )

13. Si ha contestado "SÍ" en la pregunta anterior, por favor, escríbalo detalladamente.

{ } ( ) veces a la semana

14. A la madre: ¿cuántas veces a la semana desayuna normalmente?

15. Al cuidar a su bebé, se siente la dificultad.

( 1. Siempre. 2. A veces. 3. No me siento. )

16. Si ha contestado "1. Siempre." y "2. A veces." en la pregunta anterior,

① Por favor, escriba detalladamente cuándo o en qué situación se siente la dificultad.

{ } ( Sí • No )

② Tiene alguien a quien pueda consultar o tiene alguna solución.

( Sí • No )

17. Estado mental y físico de la madre.

( Normal • Mal )

Si ha contestado "Mal", escriba detalladamente sobre su estado.

{ } ( No • Sí )

18. Durante este mes, se siente irritada, frustrada o muy deprimida.

( No • Sí )

19. Después de dar de alta, pudo recibir atenciones y apoyos suficientes de la partera y de la enfermera de salud hasta un mes después del parto.

( 1. Sí. 2. No. 3. Ni uno ni otro. )

20. Piensa criar a su bebe en esta ciudad.

( Sí • No )

21. Por favor, escriba en caso de tener alguna duda, preocupación o consulta sobre sí misma o su bebé.

{ } ( )

※La curva de aumento de peso, se encuentra registrada en la libreta de control prenatal.

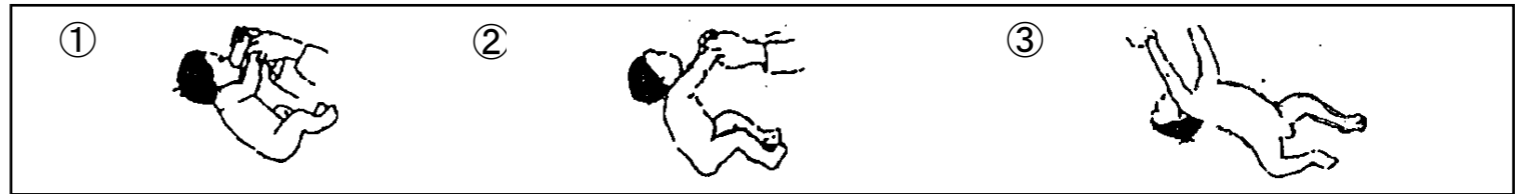
14. Determine la actitud en los siguientes casos, por favor.

cm

a. Boca arriba  
(① · ② · ③ · No determinado.)



b. Reacción al levantarlo  
(① · ② · ③ · No determinado.)



b. Reacción de Landau  
(① · ② · ③ · No determinado.)



15. Veredicto general

① Normal

② Por el siguiente motivo

- a. presentamos al médico especialista ( a )
- b. está en observación en este centro médico.
- c. está haciendo el tratamiento y está bajo el control.
- d. recomendamos a acudir a la reunión de consulta de bebé, "Akachan soodan kai".

※Si necesita ayuda en el desarrollo, nutrición y cuidado infantil y cualquier otra observación puede recomendarla para hacerla en la reunión de consulta

Institución de atención médica

Nombre del médico

Ⓜ Sello



< **Notas** >

- ① Escriba los 7 números de la libreta del bebé.
- ② En caso de que actualmente viva en otra dirección, por favor escriba el número de teléfono que podamos localizar.
- ③ Véase las páginas "Estado durante el parto" y "Examen médico de 1 mes" de la libreta materno infantil.
- ④ Véase la página "Período neonatal precoz" de la libreta materno infantil.
- ⑤ Respecto a las condiciones actuales de su bebé y usted, escriba viendo la página 4 de la libreta materno infantil.
- ⑥ En caso de que el resultado sea "パス pass", significa "sin problema". Si es "リファール refer", requiere otro examen médico.

**Este formulario de control de 4 meses es un recordatorio importante de su hijo/a.  
Después de la revisión médica de 4 meses, reciba sin falta su copia y  
péguela en la libreta materno infantil "Boshi kenkoo techoo".**