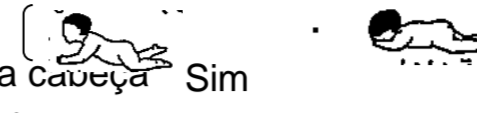


0	0	0							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

Formulário do Exame de Saúde do Bebê de 4 meses

※Preencha as lacuna em negrito e faça o exame médico. (Não esqueça de levar a caderneta de saúde da mãe)










(Cópia da Cidade de Otsu)

Nome (Furigana) (Filho)		Nascido no Ano. Mês. Dia		M · F	Condição atual do bebê e da mãe				
Endereço					1. O pescoço balança quando segurar verticalmente (não balança · balança)				
Telefone					2. Quando o bebê está de bruços, ele apoia o corpo com o cotovelo e levanta a cabeça  Sim Não				
Nome do responsável			Nome da mãe		3. Ele brinca juntando as duas mãos na frente do rosto (Sim · Não)				
no nascimento	Peso	Altura	Circunferência torácica	Circunferência da cabeça	4. Já sentiu que o corpo de bebê está flácido e sem firmeza (Não · Sim)				
	g	cm	cm	cm	5. Já sentiu que o bebê se distorce e fica difícil de pegar no colo (Não · Sim)				
no 1o mês	g	cm	cm	cm	6. O bebê entrega o chocalho, com qual mão ele pega (Sim · Não)				
ア. Condição durante a gravidez					7. O bebê segue as coisas com os olhos, já sentiu estranheza no seu olhar (Não · Sim)				
· Sem problemas					8. Quando faz alguma graça, o bebê ri em voz alta (Sim · Não)				
· Teve problemas ··· anemia, fluxo iminente/parto prematuro					9. O bebê fala [ah, ah], [uh, uh] (Sim · Não)				
síndrome de hipertensão na gravidez, diabetes, tireóide, doenças contagiosas, outros ()					10. Ritmo da vida cotidiana (pinte as horas em que está dormindo)				
イ. Condição do parto					0 6 12 18 24				
· Com quantas semanas fez o parto () semanas					11. Nutrição atual Leite materno () vezes Leite () ml por dia				
· Condição ··· parto normal, parto prematuro, cesariana, posição pélvica, trabalho de aspiaração, parto por fórceps, outros ()					12. Tem alguma dúvida ou preocupação com relação a amamentação e a comida para bebês (Não · Sim)				
ウ. Local do parto Na província de Shiga · (Província de () Hospital, clínica, obstetrícia, na residência)					13. Que respondeu [sim] na pergunta 12, qual seria a dúvida ()				
エ. Condição do nascimento e do neonatal					14. Com relação a mãe, quantas vezes por semana faz a refeição matinal () por semana				
· Sem problemas					15. Sente alguma dificuldade para cuidar da criança (1. Sempre sinto 2. Às vezes 3. Não sinto)				
· Com problemas ··· Utilizou a incubadora, fez inalação de oxigênio, teve icterícia forte, não conseguiu mamar direito outros ()					16. As pessoas que responderam 1. Sempre sinto ou 2. Às vezes na pergunta 15				
オ. Doenças que teve até agora					① Responda detalhadamente quando e onde sente dificuldade ()				
· Não teve · Teve ()					② Existe algum lugar para consultar ou forma de solução (Sim · Não)				
カ. Teste auditivo neo natal					17. Como está a condição psicológica e físico da mãe (Normal · Não está bem)				
· Fez → Resultado direito (Normal · Revisão Necessária) esquerdo (Normal · Revisão Necessária)					Para quem [não está bem] qual é o problema ()				
· Não fez					18. Durante este 1 mês você ficou irritado ou um pouco deprimido (Não · Sim)				
※ O resultado do exame de bebê de 4 meses será enviado da instituição médica para a Divisão de Promoção de Saúde de Otsu e para o gabinete de Consulta Saudável no mês seguinte. Com relação a condição da saúde do bebê e da mãe será divulgado pelo conselho de consulta.					19. Após receber alta até o 1o mês pós parto, você recebeu cuidados suficientes do médico obstetra, enfermeiro da saúde pública (1. Sim 2. Não 3. Nenhum dos dois)				
Se houver alguma preocupação, não hesite em consultar o conselho de consulta de saúde.					20. Você quer continuar criando o seu filho nessa região (Sim · Não)				
※ 心配なこと等、すこやか相談所や赤ちゃん相談会でご相談を受け付けており					21. Se tiver alguma preocupação ou dúvida com relação a mãe ou o bebê e quiser fazer alguma consulta escreva abaixo. ()				

※As lacunas abaixo são para o médico

Resultado do Exame Médico

※A curva de ganho de peso está descrito no Manual de Saúde Materna e Infantil

Peso	Altura	Circunferência torácica	Circunferência da cabeça	14. Julgue as posições abaixo					
Índice Kaup	Situação do ganho de peso (Normal · Irregular · Aumento em excesso)		Oizumimon (×) cm	a. Posição supina (① · ② · ③ · impossível de julgar)   					
Item	Normal	Resultados observados (faça uma circunferência o resultado correspondente ou preencha a lacuna aberta)			b. Reação ao levantar (① · ② · ③ · impossível de julgar)   				
1. Pele		eczema · hemangioma · marca de nascença. ()			c. Reação de Landau (① · ② · ③ · impossível de julgar)   				
2. Vista		estrabismo · ptose palpebral · nistagmo ()			15. Decisão Geral				
3. Cavidade oral		lábio leporino · fissura oral · tordo ()			① Sem problemas				
4. Pescoço		inchaço · inclinação ()			②				
5. Peito		murmúrio cardíaco · chiado · atelectasias ()			Com relação a ()				
6. Abdomen		Hepatoesplenomegalia · inchaço ()			a. Apresentação (Local apresentado)				
7. Virilha		Hérnia · testículo retido · inchaço do escroto ()			b. Observação de acompanhamento neste hospital.				
8. Articulação do quadril		Restrição de abertura e esgotamento · diferença do comprimento do membro inferior ()			c. Tratamento · Sobre os cuidados				
9. Desenvolvimento mental		Não ri · não segue com os olhos · não há expressão de voz			d. Recomendamos a participação na reunião de consultas de bebês				
10. Desenvolvimento motor		Pescoço que não fixa · tem diferença entre a esquerda e a direita · não pega as coisas			※ Caso necessitar de auxílio com relação a nutrição, cuidado infantil, desenvolvimento, ou outras observações de acompanhamento recomendamos a participação nas reuniões de consultas de bebês				
11. Audição		Resposta ao som (chocalho) : direita não tem · esquerda não tem							
12. Tensão muscular		Hiperativação · declínio muscular							
13									
Outros									

Data da consulta: Ano Mês Dia

Código da instituição médica

Nome da Instituição Médica

Nome do médico



Modo de preenchimento do Formulário do Exame de Saúde do Bebê de 4 meses

① → Número de referência (※Por favor preencha o número de 7 dígitos da caderneta do bebê) Com relação ao preenchimento confira o verso da terceira folha

0 0 0 0 0 0 0

Formulário do Exame de Saúde do Bebê de 4 meses

※Preencha as lacuna em negrito e faça o exame médico. (Não esqueça de levar a caderneta de saúde da mãe) (Cópia da Cidade de Otsu)

Nome (Furigana) (Filho) Nascido no Ano. Mês. Dia M · F

Endereço Telefone

Nome do responsável Nome da mãe

no nascimento no 1o mês

Condição atual do bebê e da mãe

1. O pescoço balanceia quando segurar verticalmente (não balanceia · balanceia)

2. Quando o bebê está de bruços, ele apoia o corpo com o cotovelo e levanta a cabeça (Sim Não)

3. Ele brinca juntando as duas mãos na frente do rosto (Sim · Não)

4. Já senti que o corpo de bebê está flácido e sem firmeza (Não · Sim)

5. Já senti que o bebê se distorce e fica difícil de pegar no colo (Não · Sim)

6. O bebê entrega o chocalho, com qual mão ele pega (Sim · Não)

7. O bebê segue as coisas com os olhos, já senti estranheza no seu olhar (Não · Sim)

8. Quando faz alguma graça, o bebê ri em voz alta (Sim · Não)

9. O bebê fala [ah, ah], [uh, uh] (Sim · Não)

10. Ritmo da vida cotidiana (pinte as horas em que está dormindo)

0 6 12 18 24

11. Nutrição atual Leite materno () vezes Leite () ml por dia

12. Tem alguma dúvida ou preocupação com relação a amamentação e a comida para bebês (Não · Sim)

13. Que respondeu [sim] na pergunta 12, qual seria a dúvida ()

14. Com relação a mãe, quantas vezes por semana faz a refeição matinal () por semana

15. Sente alguma dificuldade para cuidar da criança (1. Sempre sinto 2. Às vezes 3. Não sinto)

16. As pessoas que responderam 1. Sempre sinto ou 2. Às vezes na pergunta 15

① Responda detalhadamente quando e onde sente dificuldade ()

② Existe algum lugar para consultar ou forma de solução (Sim · Não)

17. Como está a condição psicológica e físico da mãe (Normal · Não está bem)

Para quem [não está bem] qual é o problema ()

18. Durante este 1 mês você ficou irritado ou um pouco deprimido (Não · Sim)

19. Após receber alta até o 1o mês pós parto, você recebeu cuidados suficientes do médico obstetra, enfermeiro da saúde pública (1. Sim 2. Não 3. Nenhum dos dois)

20. Você quer continuar criando o seu filho nessa região (Sim · Não)

21. Se tiver alguma preocupação ou dúvida com relação a mãe ou o bebê e quiser fazer alguma consulta escreva abaixo. ()

② O resultado do exame de bebê de 4 meses serão enviados da instituição médica para a Divisão de Promoção de Saúde de Otsu e para o gabinete de Consulta Saudável no mês seguinte. Com relação a condição da saúde do bebê e da mãe será divulgado pelo conselho de consulta.

※Se houver alguma preocupação, não hesite em consultar o conselho de consulta de saúde.

※ご心配なこと等、すこやか相談所や赤ちゃん相談会でご相談を受け付けております

⑤

< Precauções >

- ① Preencha o número de 7 algarismos da caderneta do bebê
- ② As pessoas que residem em outro endereço, preencha o número de telefone para contato
- ③ Confira as páginas 「Condições do parto」 「Exame do primeiro mês」 da caderneta maternal
- ④ Confira a página 「Período neonatal precoce」 da caderneta maternal
- ⑤ Preencha a lacuna condições do bebê e da mãe tendo como referência a página 4 da da caderneta do bebê
- ⑥ A palavra do resultado 「パス pass」 significa「estado normal」. A palavra「リファー refer」 significa 「necessidade de reexame」.

O Formulário do bebê de 4 meses é um registro de saúde importante da criança.

Após o exame médico do bebê de 4 meses, receba a 『segunda via』 e deixe anexado na caderneta de saúde materno.

(Será necessário no exame de bebê de 10 meses)