Número de referência（※Por favor preencha o número de 7 dígitos da caderneta do bebê）

0	0	0							

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）

Nome（Furigana） (Filhio)	Nascimento Ano Mês Dia	M・F
Endereço Telefone		
Nome do responsável(Relação) ( )	Nome do responsável(Relação) ( )	

No nascimento	Peso g	Altura cm	Circunferência do peito cm	Circunferência da cabeça cm
1o mês	g	cm	cm	cm

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)
Horpital, clínica. Consultório médico, maternidade ( ), casa

エ. Condições do nascimento e neonatais
- ・Sem problema
- ・Com problema ・・・Teve inalação de oxigênio, teve icterícia grave em 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（ ）

Os resultados do check-up de 4 meses serão enviados da instituição médica para a Divisão de Promoção da Saúde da cidade de Otsu e para o Centro de Aconselhamento Saudável no mês seguinte ao check-up. O Gabinete de Consultas de Saúdepderá 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

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 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）
10. Ritmo de vida (Por favor, preencha as horas que o bebê costuma dormir)

0					6					12					18						24

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 ）
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.

※Os campos abaixo serão preenchidos pelo médico

Resultado do exame

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

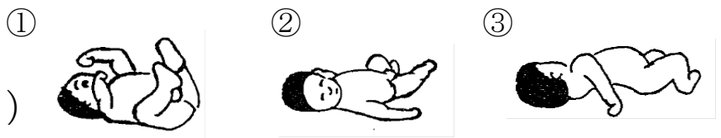
Peso	Altura	Circunferência do peito	Circunferência da cabeça

Índice Kaup	Aumento do peso	Fontanela anterior
	(Normal・Anormal・Aumentando)	(×) cm

Ítem	Normal	Observação (Preencha com ○ os itens correspondentes)
1. Pele		Eczema・hemangioma・nevo（ ）
2. Vista		Estrabismo・ptose・nistagmo（ ）
3 Cavidade oral		Fenda labial・fenda palatina・candidíase（ ）
4. Pescoço		Tumor・torcicolo（ ）
5. Peito		Sopro cardíaco・sibilos・retrações（ ）
6. Abdômen		Hepatoesplenomegalia・tumor（ ）
7. Virilha		Hérnia・testículo não descido・edema escrotal（ ）
8 Articulação do quadril		Restrição de abertura e excreção・Diferença de comprimento das pernas（ ）
9 Desenvolvimento mental		Não ri・Não acompanha・Não tem vozes
10 Desenvolvimento motor		Indeterninado・diferença esquerda/direita・não tenta segurar objetos
11. Audição		Reação ao som (chocalho,etc): direito não reage・esquerdo não reage
12 Tônus muscular		Aumentou・Diminuiu
13 Outras descobertas		

14.Determine a postura abaixo

a. Posição supina
(①・②・③・Indecifrável)



b. Reação provocada
(①・②・③・Indecifrável)

c. Reação de Landal
(①・②・③・Indecifrável)

15. Decisão geral

① Sem problemas

②

Com relação a

a. Foi apresentado（apresentado para ）

b. Acompanhamento em nosso hospital

c. Tratamento・Sob acompanhamento

d. Recomendo o grupo de aconselhamento para bebê

※ 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 cosulta : Ano　Mês　Dia　　Código da instituição médica　　Nome da instituição médica　　nome do médico　　In

Revisado em maio de 2023

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

①

②

③

④

⑥

⑤

Número de referência (※Por favor preencha o número de 7 dígitos da cademeta do bebê)

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 cademeta de saúde materno-infantil. (Cidade de Otsu)

Nome (Furigana) (Filho) | Nascimento Ano Mês Dia | M・F

Endereço | Telefone

Nome do responsável(Relação) ( ) | Nome do responsável(Relação) ( )

No nascimento	Peso g	Altura cm	Circunferência do peito cm	Circunferência da cabeça cm
1o mês	g	cm	cm	cm

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)
Horpital, clínica. Consultório médico, maternidade ( ), casa

エ. Condições do nascimento e neonatais
・Sem problema
・Com problema ・・・Teve inalação de oxigênio, teve icterícia grave em 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 ( )

Os resultados do check-up de 4 meses serão enviados da instituição médica para a Divisão de Promoção da Saúde da cidade de Otsu e para o Centro de Aconselhamento Saudável no mês seguinte ao check-up. O Gabinete de Consultas de Saúdeperdérá 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.

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 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)
10. Ritmo de vida (Por favor, preencha as horas que o bebê costuma dormir)

0 6 12 18 24

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)
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 [chekc-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)