Número de referencia (*Escriba los números de 7 cifras en el Manual del bebé)

0	0	0							

Por favor, vea la parte posterior para saber cómo escribir.

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 Maternoinfantil durante su examen.)

(Copia de Ciudad de Otsu)

Nombre (*furigana*) (Orden de nacimiento:_____)	Nacido en - - Año ・ mes ・ día	M ・ F
Dirección Teléfono:		
Nombre del padre	Nombre del madre	

Al nacer	Peso	Estatura	Perímetro torásico	Perímetro crancal
	g	cm	cm	cm
primer mes	g	cm	cm	cm

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 Promoción de la Salud 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.

Situación actual del bebé y su madre

1. ¿Se tambalea el cuello cuando lo sostienes 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 quando lo mima? (Sí ・ No)
9. ¿Pronuncias "aaa" o "ooo"? (Sí ・ No)
10. Ritmo de vida (colorea las horas en las duermes.)

0 6 12 18 24

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, escríibalo 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 cntesta 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. ( )

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 maternoinfantil.

Peso	Estatura	Perímetro torásico	Perímetro crancal

Índice de Kaup	Estado de aumento de peso	Gran Fontanela
	(Normal ・ Mal ・ Excesivo)	(×)cm

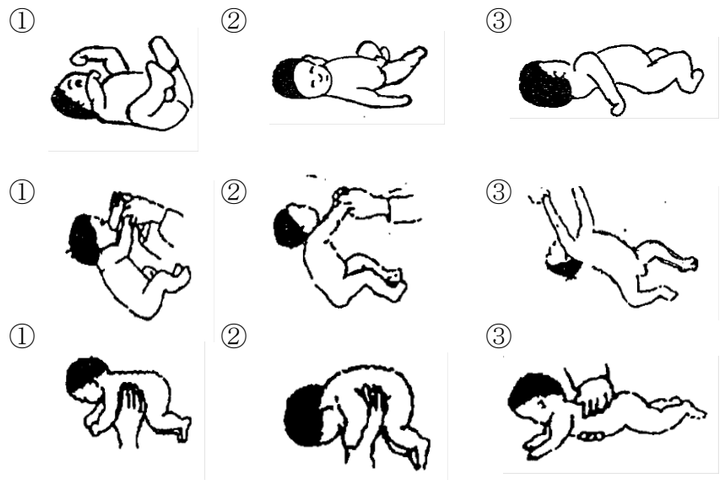
Artículo	Normal	Observaciones ("O" en caso del ítem correspondiente o rellene en paléntesis)
1. Piel		Eczema・Hemangioma・Nevo・( )
2. Ojos		Estrabismo・Ptosis・Nistagmo・( )
3. Cavidad bucal		Labio leporino・Paladar hendido・Aftas・( )
4. Cervicales		Masa・Tortícolis・( )
5. Pecho		Soplo cardíaco ・ Estridor ・ 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 sonrie・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		

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)



15. Sentencia exhaustiva

① Normal

② Por el siguiente motivo : ( )

a. introducimos al médico especialist (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".

Fecha de examen: Año ・ mes ・ día

Código de institución médica | | |

Nombre de la institución médica

Nombre del médico

Revisado en mayo de 2023

＞ Cómo completar un formulario de examen de salud infantil de 4 meses ＜

①

②

③

④

⑥

⑤

Número de referencia (*Escriba los números de 7 cifras en el Manual del bebé)

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 Maternoinfantil durante su examen.)

(Copia de Ciudad de Otsu)

Nombre (*furigana*) (Orden de nacimiento:_____)	Nacido en Año - mes - día	M・F
Dirección Teléfono:		
Nombre del padre	Nombre del madre	

Al nacer	Peso	Estatura	Perímetro torásico	Perímetro crancal
	g	cm	cm	cm
primer mes	g	cm	cm	cm

A. Estado durante el embarazo

・No hay problema (Si hay, "O" en caso del item correspondiente o rellene entre paréntesis)

・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 p

élvica ・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 item 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 ・ 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 Promoción de la Salud 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.

Situación actual del bebé y su madre

1. ¿Se tambalea el cuello cuando lo sostienes 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 quando lo mima? (Sí ・ No)
9. ¿Pronuncias "aaa" o "ooo"? (Sí ・ No)
10. Ritmo de vida (colorea las horas en las duermes.)

0 6 12 18 24

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 cntesta 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. [ ]

＜ 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 maternoinfantil.
(4) Véase la página ″Período neonatal temprano″ del Manual de salud maternoinfantil.
(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 maternoinfantil.