

1岁零6个月幼儿健康检查问诊表

1歳6か月児健康診査問診票

(请在检查前填写) (健診前に記入してください)

注音假名 ふりがな	
姓名 氏名	
<input type="checkbox"/> 男 男 <input type="checkbox"/> 女 女	第 ___ 子 第 子
出生年月日 生年月日	年 年 月 月 日 日 (___ 岁 歳 ___ 个月 か月)
母亲姓名 母の氏名	
职业 職業:	出生年月日 生年月日: 年 年 月 月 日 日
父亲姓名 父の氏名	
职业 職業:	出生年月日 生年月日: 年 年 月 月 日 日
住址 住所	(〒 -)
电话号码 電話番号	
家庭状况 家族状況	家庭成员人数 家族数 _____ 人名
	请在白天照顾孩子的人员处画 ✓。昼間の保育者に✓を付けてください
	<input type="checkbox"/> 母亲 母 <input type="checkbox"/> 父亲 父 <input type="checkbox"/> 祖父 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 祖母 <input type="checkbox"/> 其他 其他 (_____)
	居住在一起的人员处画 ✓。同居者に✓を付けてください
如果有正在治疗中的疾病, 请填写。 現在通院している病気がありましたら、記入してください。	
内容 内容: _____ 医院名称 病院名: _____ 就诊频次 頻度: _____	内容 内容: _____ 医院名称 病院名: _____ 就诊频次 頻度: _____
【1】请在曾经患过的疾病处打 ✓。今までにかかった病気に✓をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 麻疹 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 水痘 <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 风疹 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 百日咳	
【2】因其它疾病或事故就诊过吗? その他の病気や事故で医師にかかりましたか。	
<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ (病名 病名・事故名称 事故名 _____)	
【3】以前的健康检查时, 有告知您什么了吗? 今までの健診で何か言われましたか。	
<input type="checkbox"/> 有 はい <input type="checkbox"/> 没有 いいえ “有”的情况时, 告知您的是什么呢? 「はい」の場合は、何と言われましたか? (_____)	
现在的营养状况 現在の栄養状況	饮食的次数 食事の回数 _____ 次 回 / 天 日
	零食的次数 おやつ回数 _____ 次 回 / 天 日
	内容 内容 饮料 飲み物 (_____) 食物 食べ物 (_____)

	到什么时候为止还在使用奶瓶的呢？ ^{ほにゅうびん} 哺乳瓶はいつまで使っていましたか。 ^{つか} _____ 岁 ^{さい} _____ 个月 ^{げつ} 月			
至今为止的发育状况 ^{げんざい} 現在までの発達 ^{はつたつ} の状況 ^{じょうきょう}	颈部能直立 ^{くび} 首 ^{すわり}	_____ 个月 ^{げつ} 月	能坐立 ^{おすわり}	_____ 个月 ^{げつ} 月
	会爬行 ^{ハイハイ}	_____ 个月 ^{げつ} 月	开始步行 ^{ある} 步 ^{はじ} 始 ^め	_____ 个月 ^{げつ} 月

1岁零6个月幼儿健康检查调查表

1歳6か月児健康診査アンケート

[1] 是否可以一个人很好地行走？ ^{ひとり} 很 ^{じょうず} 好 ^{ある} 地 ^あ 行 ^ま 走 ^ち ？ ひとりで上手に歩きますか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[2] 是否可以写写画画（涂鸦）？ ^が なぐり ^が 書 ^が きを ^が しま ^が すか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[3] 是否可以用汤勺或叉子自己吃东西？ ^{じぶん} 自 ^つ 分 ^か で ^つ スプーン ^つ や ^つ フォーク ^つ を ^つ 使 ^つ っ ^つ て ^つ 食 ^つ べ ^つ ま ^つ すか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[4] 当您说“把○○拿来。”时，孩子是否可以做出相应的行动？ ^も 「○○ ^も を ^も 持 ^も っ ^も て ^も き ^も て ^も 」。 ^お 応 ^お じ ^お ま ^お すか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[5] 当您问“汪汪是谁？”时，孩子是否可以在图书上指出？ ^え 「ワンワン ^え どれ？」 ^え で ^え 絵 ^え 本 ^{ほん} の ^え 中 ^{ちゆう} の ^え 絵 ^え を ^え 指 ^さ さ ^さ し ^さ ま ^さ すか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[6] 可以说三个以上、“爸爸”、“妈妈”、“噗一噗一”等有意义的单词？ ^い パパ ^い 、 ^い ママ ^い 、 ^い ブーブー ^い など ^い 意 ^い 味 ^み の ^い ある ^い 言 ^ご 語 ^ご を ^い 3つ ^い 以上 ^い 話 ^わ しま ^わ すか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[7] 请写出其它可以说的单词。他 ^{ほか} に ^い 言 ^い える ^い 言 ^ご 語 ^ご を ^い 書 ^か いて ^い くだ ^い さ ^い い。	
[8] 是否可以推行玩具车或抱着洋娃娃玩耍？ ^{おも} ち ^ち ゃ ^ち の ^ち 自 ^じ 動 ^{どう} 車 ^{しゃ} を ^お 押 ^お し ^お た ^お り ^お 、 ^{にん} 人 ^ぎ 形 ^{よう} を ^だ 抱 ^だ っ ^だ て ^だ たり ^だ して ^あ 遊 ^あ び ^あ ま ^あ すか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[9] 是否会模仿大人的动作（例如梳头等）？ ^お 大 ^お 人 ^な の ^か しぐ ^か さ ^か の ^か ま ^か ね ^か （ ^か 髪 ^か を ^か と ^か か ^か す ^か など） ^か を ^か し ^か ま ^か すか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[10] 因疼痛而难过时，是否会抓住妈妈或熟悉的人？ ^{いた} 痛 ^{いた} い ^お 思 ^お い ^お を ^お し ^お た ^お り ^お 悲 ^{かな} し ^{かな} い ^か 時 ^{とき} 、 ^お 母 ^お さん ^か など ^か な ^か じ ^か み ^か の ^あ る ^あ 人 ^{ひと} に ^し が ^あ み ^あ つ ^あ き ^あ ま ^あ すか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[11] 您是否感觉到孩子的眼神或眼球的运动异常？ ^め 目 ^め つ ^め き ^め や ^め 目 ^め の ^う 動 ^う き ^う が ^お か ^お し ^お い ^お と ^お 思 ^お っ ^お た ^お こ ^お と ^あ り ^あ ま ^あ すか。	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい
[12] 当您悄悄地接近孩子并小声呼唤时，孩子会转向您吗？ ^ち そ ^ち と ^ち 近 ^こ づ ^こ っ ^こ て ^こ 、 ^さ さ ^さ や ^さ き ^さ 声 ^こ で ^よ 呼 ^ふ び ^む かけ ^む る ^む と ^む 振 ^む り ^む 向 ^む き ^む ま ^む すか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[13] 您是否每天帮孩子刷牙？ ^は 歯 ^{まい} を ^ち 毎 ^{まい} 日 ^{にち} 磨 ^あ っ ^あ て ^あ げ ^あ て ^あ いますか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[14] 夜间喂奶是否一直持续到最近？ ^や 夜 ^{かん} 間 ^{じゆう} の ^{さい} 授 ^{さい} 乳 ^{ぎん} は ^つ 最 ^つ 近 ^つ ま ^つ で ^つ 続 ^つ っ ^つ て ^つ いた ^つ ま ^つ した ^つ か。	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい
[15] 吃饭的时间是固定的吗？ ^し 食 ^{しょく} 事 ^じ 時 ^{じかん} 間 ^{かん} は ^ま 決 ^ま ま ^ま っ ^ま て ^ま いますか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[16] 孩子是和大人一起吃饭吗？ ^し 食 ^{しょく} 事 ^じ は ^お 大 ^お 人 ^な と ^{いっ} っ ^っ し ^っ て ^た 食 ^た べ ^べ ていますか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[17] 孩子是否会将食物一直含在口中或不经咀嚼就吞咽吗？ ^た 食 ^た べ ^べ 物 ^{ぶつ} を ^い つ ^い つ ^い ま ^い で ^い も ^い 口 ^{くち} に ^く 含 ^く ん ^く で ^い たり ^い 、 ^か ま ^か ず ^か に ^の 飲 ^の み ^の 込 ^こ ん ^こ だ ^い ますか。	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい
[18] 关于饮食方面，您有什么担心的吗？ ^し 食 ^{しょく} 事 ^じ に ^{かん} 関 ^{かん} す ^る 心 ^{しん} 配 ^{ぱい} が ^あ り ^あ り ^あ ま ^あ すか。	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 是 はい
[19] 母亲和孩子在一起时快乐吗？ ^お 母 ^お さん ^か は ^こ 、 ^こ 子 ^こ と ^{いっ} っ ^っ し ^っ て ^た 楽 ^{たの} し ^し い ^し ですか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[20] 父亲会协助育儿吗？ ^お 父 ^お さん ^い は ^く 、 ^い 育 ^い 児 ^じ に ^き 協 ^き 助 ^{じゆう} 的 ^{てき} ですか。	<input type="checkbox"/> 是 はい <input type="checkbox"/> 否 いいえ
[21] 其它，如果您有任何疑虑或想要咨询的事情，请填写。其 ^た 他 ^た 、 ^な 何 ^な が ^き 気 ^き に ^な る ^こ と ^や 相 ^{そう} 談 ^{だん} し ^{たい} たい ^こ と ^が あ ^ら ば ^ま 記 ^ま 入 ^{にゅう} し ^て くだ ^さ い。	

* 本问诊表不会用于母子保健事业以外的目的而使用。

*この問診票は、母子保健事業以外の目的では使用しません。