Bahasa Indonesia インドネシア語

Formulir Pemeriksaan Kesehatan Anak Usia 1 Tahun 6 Bulan

1歳6か月児健康診査問診票

(Harap diisi sebelum pemeriksaan) (健診前に記入してください)

Furigana ふりがな	
Nama 氏名	
☐Jenis(Laki-laki) 男 ☐Kelamin(Perempuan) 女	☐Ke 1 ☐Ke 2 ☐Ke 3 ☐Anak Ke-____ 第 子
Tanggal Lahir 生年月日	Tahun 年 Bulan 月 Tanggal 日 (Usia___Tahun 歳___Bulan か月)
Nama Ibu 母の氏名	
Pekerjaan 職業:	Tanggal Lahir 生年月日: Tahun 年 Bulan 月 Tanggal 日
Nama Ayah 父の氏名	
Pekerjaan 職業:	Tanggal Lahir 生年月日: Tahun 年 Bulan 月 Tanggal 日
Alamat 住所	(〒 −)
Nomor Telepon 電話番号	

Situasi Keluarga 家族状況	Jumlah Anggota Keluarga 家族数	orang 名
	Harap beri tanda ✓ untuk pengasuh anak pada siang hari 昼間の保育者に✓を付けてください	
	☐Ibu 母 ☐Ayah 父 ☐Kakek 祖父 ☐Nenek 祖母 ☐Lainnya その他 (_____)	
	Dan ✓ untuk anggota keluarga yang tinggal serumah 同居者に✓を付けてください	
	☐Ibu 母 ☐Ayah 父 ☐Kakak Laki-laki 兄 ☐Adik Laki-laki 弟 ☐Kakak Perempuan 姉 ☐Adik Perempuan 妹 ☐Kakek 祖父 ☐Nenek 祖母 ☐Lainnya その他 (_____)	

Jika anak saat ini sedang dalam pengobatan, harap cantumkan informasi berikut
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。

Penyakit yang diderita 内容: _____	Penyakit yang diderita 内容: _____
Nama Rumah Sakit 病院名: _____	Nama Rumah Sakit 病院名: _____
Frekuensi Pengobatan 頻度: _____	Frekuensi Pengobatan 頻度: _____

【1】Harap beri tanda ✓ pada penyakit yang pernah dialami sebelumnya. 今までにかかった病気に✓をつけてください。

☐Campak 麻疹 ☐Cacar air 水痘 ☐Gondongan 流行性耳下腺炎 ☐Rubela 風疹 ☐Batuk rejan (pertusis) 百日咳

【2】Apakah anak pernah dirawat karena penyakit lain atau kecelakaan? その他の病気や事故で医師にかかりましたか。

☐Ya はい
☐Tidak いいえ (Jenis penyakit 病名・kecelakaan 事故名 _____)

【3】Apakah ada hal yang disampaikan pada pemeriksaan kesehatan sebelumnya? 今までの健診で何か言われましたか。

☐Ya はい ☐Tidak いいえ
Jika "Ya", apa yang dikatakan? 「はい」の場合は、何と言われましたか? (_____)

Situasi Gizi Saat Ini 現在の栄養状況	Frekuensi Makan 食事の回数	kali 回 /per Hari 日
	Frekuensi Camilan おやつの回数	kali 回 /per Hari 日
	Makanan dan Minuman yang Dikonsumsi 内容	Minuman 飲み物 (_____) Makanan 食べ物 (_____)

	Sampai usia berapa anak menggunakan botol susu? 哺乳瓶はいつまで使っていましたか。	
	Usia _____ Tahun 歳 _____ Bulan か月	
Situasi Perkembangan Anak Hingga Saat Ini 現在までの発達の状況	Bisa mengangkat kepala 首すわり	months か月
	Bisa duduk sendiri おすわり	months か月
	Bisa merangkak ハイハイ	months か月
	Bisa mulai berjalan 歩き始め	months か月

Kuesioner Pemeriksaan Kesehatan Anak Usia 1 Tahun 6 Bulan

1歳6か月児健康診査アンケート

【1】Apakah anak bisa berjalan dengan lancar sendirian? ひとりで上手に歩きますか。	☐Ya はい ☐Tidak いいえ
【2】Apakah anak menggambar dengan coretan? なぐり書きをしますか。	☐Ya はい ☐Tidak いいえ
【3】Apakah anak bisa makan menggunakan sendok atau garpu sendiri? 自分でスプーンやフォークを使って食べますか。	☐Ya はい ☐Tidak いいえ
【4】Apakah anak merespons saat diminta untuk mengambil sesuatu (misalnya, "Ambilkan ○○")? 「○○を持ってきて」に応じますか。	☐Ya はい ☐Tidak いいえ
【5】Apakah anak menunjuk gambar dalam buku cerita ketika ditanya, Contoh: "Mana anjingnya?" 「ワンワンどれ?」で絵本の中の絵を指さしますか。	☐Ya はい ☐Tidak いいえ
【6】Apakah anak mengucapkan lebih dari tiga kata yang bermakna, seperti "Papa," "Mama," "Mobil"? パパ、ママ、ブーブーなど意味のある言葉を3つ以上話しますか。	☐Ya はい ☐Tidak いいえ
【7】Sebutkan kata lain yang bisa diucapkan anak. 他に言える言葉を書いてください。	
【8】Apakah anak bermain dengan mainan seperti mobil-mobilan atau memeluk boneka? おもちゃの自動車を押したり、人形を抱いたりして遊びますか。	☐Ya はい ☐Tidak いいえ
【9】Apakah anak meniru gerakan orang dewasa(misalnya, menyisir rambut)? 大人のしぐさのまね（髪をとかすなど）をしますか。	☐Ya はい ☐Tidak いいえ
【10】Apakah anak menggantungkan diri pada ibu atau orang yang dikenalnya ketika merasa sakit atau sedih? 痛い思いをしたり悲しい時、お母さんなどなじみのある人にしがみつきますか。	☐Ya はい ☐Tidak いいえ
【11】Apakah Anda pernah merasa bahwa pergerakan mata atau pandangan anak terlihat aneh? 目つきや目の動きがおかしいと思ったことはありますか。	☐Tidak いいえ ☐Ya はい
【12】Apakah anak berbalik ketika dipanggil dengan suara pelan dari dekat? そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか。	☐Ya はい ☐Tidak いいえ
【13】Apakah Anda menyikat gigi anak setiap hari? 歯を毎日磨いてあげていますか。	☐Ya はい ☐Tidak いいえ
【14】Apakah anak masih diberi ASI pada malam hari hingga baru-baru ini? 夜間の授乳は最近まで続いていましたか。	☐Tidak いいえ ☐Ya はい
【15】Apakah waktu makan anak terjadwal dengan baik? 食事時間は決まっていますか。	☐Ya はい ☐Tidak いいえ
【16】Apakah anak makan bersama orang dewasa? 食事は大人と一緒に食べていますか。	☐Ya はい ☐Tidak いいえ
【17】Apakah anak terkadang membiarkan makanan tetap berada di mulutnya tanpa mengunyah atau menelannya begitu saja? 食べ物をいつまでも口に含んでいたり、かまずに飲み込むことがありますか。	☐Tidak いいえ ☐Ya はい
【18】Apakah Anda memiliki kekhawatiran terkait pola makan anak? 食事に関する心配がありますか。	☐Tidak いいえ ☐Ya はい

【19】Apakah Anda merasa senang berada bersama anak? お母さんは、子どもと一緒にいて楽しいですか。	☐Ya はい　☐Tidak いいえ
【20】Apakah ayah membantu dalam pengasuhan anak? お父さんは、育児に協力的ですか。	☐Ya はい　☐Tidak いいえ
【21】Jika ada hal lain yang ingin Anda konsultasikan atau khawatirkan, harap tuliskan di sini. その他、何か気になることや相談したいことがあれば記入してください。	

* Formulir ini hanya akan digunakan untuk tujuan layanan kesehatan ibu dan anak.
＊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。