

Formulir Pemeriksaan Kesehatan Anak Usia 3 Tahun /  
3 Tahun 6 Bulan

3歳児/3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	
<input type="checkbox"/> Jenis(Laki-laki) 男 <input type="checkbox"/> Kelamin(Perempuan) 女 <input type="checkbox"/> Ke 1 <input type="checkbox"/> Ke 2 <input type="checkbox"/> Ke 3 <input type="checkbox"/> Anak Ke- 第 子	
Tanggal Lahir 生年月日 Tahun 年 Bulan 月 Tanggal 日 (Usia 歳 Tahun 歳 Bulan 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
	<input type="checkbox"/> Ibu 母 <input type="checkbox"/> Ayah 父 <input type="checkbox"/> Kakek 祖父 <input type="checkbox"/> Nenek 祖母 <input type="checkbox"/> Lainnya その他 ( )
	Dan ✓ untuk anggota keluarga yang tinggal serumah 同居者に✓を付けてください
	<input type="checkbox"/> Ibu 母 <input type="checkbox"/> Ayah 父 <input type="checkbox"/> Kakak Laki-laki 兄 <input type="checkbox"/> Adik Laki-laki 弟 <input type="checkbox"/> Kakak Perempuan 姉 <input type="checkbox"/> Adik Perempuan 妹 <input type="checkbox"/> Kakek 祖父 <input type="checkbox"/> Nenek 祖母 <input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> Campak 麻疹 <input type="checkbox"/> Cacar air 水痘 <input type="checkbox"/> Gondongan 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> Rubela 風疹 <input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> Ya はい	
<input type="checkbox"/> Tidak いいえ (Jenis penyakit 病名・kecelakaan 事故名 )	
[3] Mohon beri tanda centang pada vaksinasi yang (anak) sudah diterima. 今までに受けた予防接種に✓をつけてください。	
BCG(Vaksin TBC) BCG <input type="checkbox"/> Sudah 済 <input type="checkbox"/> Belum 未	
Cacar Air (Varicella) 水痘 <input type="checkbox"/> 1 kali 1回 <input type="checkbox"/> 2 kali 2回	
Vaksin Kombinasi Empat Jenis 四種混合 <input type="checkbox"/> 1 kali 1回 <input type="checkbox"/> 2 kali 2回 <input type="checkbox"/> 3 kali 3回	
<input type="checkbox"/> Tambahan 追加 <input type="checkbox"/> Belum 未	
Vaksin Pneumokokus Anak-anak 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 1 kali 1回 <input type="checkbox"/> 2 kali 2回 <input type="checkbox"/> 3 kali 3回 <input type="checkbox"/> 4 kali 4回	
Hib(Haemophilus influenzae tipe b) <input type="checkbox"/> 1 kali 1回 <input type="checkbox"/> 2 kali 2回 <input type="checkbox"/> 3 kali 3回 <input type="checkbox"/> 4 kali 4回	
ヒブ (インフルエンザ菌b型)	

Campak dan Rubella(Vaksin Kombinasi) 麻疹・風疹 (混合)		<input type="checkbox"/> 1 kali 1回	
Campak(Saja) 麻疹 (単独)	<input type="checkbox"/> 1 kali 1回	Rubella(Saja) 風疹 (単独)	<input type="checkbox"/> 1 kali 1回
Ensefalitis Jepang 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1 kali 1回	<input type="checkbox"/> 2 kali 2回	<input type="checkbox"/> Belum 未
Hepatitis B B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1 kali 1回	<input type="checkbox"/> 2 kali 2回	<input type="checkbox"/> 3 kali 3回
[4] 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。 <input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ Jika "Ya", apa yang dikatakan? 「はい」の場合は、何と言われましたか? ( )			

## Kuesioner Pemeriksaan Kesehatan Anak Usia 3 Tahun 6 Bulan

### 3歳6か月児健康診査アンケート

[1] Apakah anak dapat naik tangga tanpa berpegangan tangan, dengan melangkahkan kaki secara bergantian? 手をつながずに、足を交互に出して階段を上れますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
[2] Apakah anak bisa meniru dan menggambar lingkaran? まねをして○が描けますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
[3] Apakah anak dapat berbicara dalam kalimat tiga kata, seperti "Papa pergi kerja"? 「パパ、カインシャ、イッタ」等の3語文で会話ができますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
[4] Apakah anak dapat bermain dengan teman tanpa ditemani ibu? お母さんから離れて、友達と遊ぶことができますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
[5] Meskipun belum mahir, apakah anak marah ketika dibantu karena ingin mencoba semuanya sendiri? うまくできなくても、手伝うと怒るなど何でも自分でやりたがりますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
[6] Apakah anak bermain dengan balok-balok, menyusunnya menjadi kereta atau rumah? 積み木などを電車や家にみたくて遊びますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
[7] Apakah anak hampir bisa memakai dan melepas pakaian sendiri? 衣服の着脱をほとんど一人でしますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
[8] Apakah ada kebiasaan anak yang menurut Anda mengkhawatirkan? 気になる“くせ”はありますか。	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ <input type="checkbox"/> Ya はい
[9] Apakah anak sudah bisa buang air kecil atau besar di toilet? “おしっこ”や“うんち”はトイレでできますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
[10] Berapa jam anak bangun tidur dan tidur malam? 起床時間、就寝時間は何時ですか。	
Bangun tidur sekitar pukul 起床 ( ) 時頃	Tidur malam sekitar pukul 就寝 ( ) 時頃
[11] Pukul berapa anak biasanya sarapan? 朝食は何時ごろですか。	Pukul 時頃
[12] Apakah anak merasa lapar saat waktu makan? 食事のとき、お腹がすいていますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
[13] Apa jenis makanan ringan yang sering dimakan anak dan berapa kali sehari? よく食べるお菓子と一日の回数は。	
Jenis:Frekuensi 種類	kali 回 / hari 日
Apa jenis minuman yang sering diminum anak dan berapa kali sehari? よく飲む飲み物と一日の回数は。	
Jenis:Frekuensi 種類	kali 回 / hari 日
[14] Apakah Anda mengalami kesulitan terkait pola makan anak? 食事について困っていることはありますか。	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ <input type="checkbox"/> Ya はい
[15] Apakah orang tua membantu anak menyikat gigi? 親が歯磨きを手伝いますか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ
[16] Apakah Anda merasa senang saat bersama anak Anda? お母さんは、子どもと一緒にいて楽しいですか。	<input type="checkbox"/> Ya はい <input type="checkbox"/> Tidak いいえ

【17】Apakah ayah membantu dalam pengasuhan anak?

とお いく じ きょうりよくてき  
お父さんは、育児に協力的ですか。

☐ Ya はい ☐ Tidak いいえ

【18】Jika ada hal lain yang Anda khawatirkan atau ingin diskusikan, silakan tuliskan di sini

た なに き そろだん き にゆう  
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。