

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

さいじさい げつじけんこうしんさもんしんひょう
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 <input type="text"/> 子	
Tanggal Lahir 生年月日	Tahun <input type="text"/> 年	Bulan <input type="text"/> 月	Tanggal <input type="text"/> 日 (Usia <input type="text"/> Tahun <input type="text"/> 歳 <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> か月)			
Nama Ibu 母の氏名						
Pekerjaan 職業:	Tanggal Lahir 生年月日:		Tahun <input type="text"/> 年	Bulan <input type="text"/> 月	Tanggal <input type="text"/> 日	
Nama Ayah 父の氏名						
Pekerjaan 職業:	Tanggal Lahir 生年月日:		Tahun <input type="text"/> 年	Bulan <input type="text"/> 月	Tanggal <input type="text"/> 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✓を付けてください。						
<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? 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・ケンセキ・けいわき 家族名 じごめい _____)						
【3】 Mohon beri tanda centang pada vaksinasi yang (anak) sudah diterima. 今までに受けた予防接種に✓を付けてください。						
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					
Vaksin Pneumokokus Anak-anak 小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> Tambahan 追加 <input type="checkbox"/> Belum 未 <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) ヒブ(インフルエンザ菌b型)	<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					

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。 □ 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てて遊びますか。	<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? 気になっている「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 () 時頃 Tidur malam sekitar pukul () 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 _____	
【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? 親が歯磨きを手伝えますか。	<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?
お父さんは、とお いく じ きょうりょく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
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。