

## Phiếu khám sức khỏe cho trẻ 3 tuổi / 3 tuổi 6 tháng

3歳児/3歳6か月児健康診査問診票

(Vui lòng điền trước khi khám sức khỏe) (健診前に記入してください)

|  |  |
|--|--|
| Phiên âm ふりがな  |  |
| Họ tên 氏名  |  |
| <input type="checkbox"/> Nam 男 <input type="checkbox"/> Nữ 女   | <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> 3rd <input type="checkbox"/> Con thứ ____ 第 ____ 子  |
| Ngày tháng năm sinh 生年月日   | Ngày 年 tháng 月 năm 日 ( ____ tuổi 歳 ____ tháng か月)  |
| Họ tên mẹ 母の氏名   |  |
| Nghề nghiệp 職業:  | Ngày tháng năm sinh 生年月日: Ngày 年 tháng 月 năm 日   |
| Họ tên bố 父の氏名   |  |
| Nghề nghiệp 職業:  | Ngày tháng năm sinh 生年月日: Ngày 年 tháng 月 năm 日   |
| Địa chỉ 住所 (〒 - )  |  |
| Số điện thoại 電話番号   |  |
| Tình trạng gia đình 家族状況   | Số thành viên trong gia đình 家族数 người 名   |
|  | Hãy đánh dấu ✓ vào người chăm sóc bé ban ngày 昼間の保育者に✓を付けてください   |
|  | <input type="checkbox"/> Mẹ 母 <input type="checkbox"/> Bố 父 <input type="checkbox"/> Ông 祖父 <input type="checkbox"/> Bà 祖母 <input type="checkbox"/> Người khác 其他 (____)       |
|  | Hãy đánh dấu ✓ vào thành viên sống chung 同居者に✓を付けてください   |
| <input type="checkbox"/> Mẹ 母 <input type="checkbox"/> Bố 父 <input type="checkbox"/> Anh trai 兄 <input type="checkbox"/> Em trai 弟 <input type="checkbox"/> Chị gái 姉 <input type="checkbox"/> Em gái 妹 <input type="checkbox"/> Ông 祖父 <input type="checkbox"/> Bà 祖母 <input type="checkbox"/> Người khác 其他 (____) |  |
| Nếu hiện tại bé đang điều trị bệnh ngoại trú, vui lòng ghi rõ 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。  |  |
| Nội dung 内容:   | Nội dung 内容:   |
| Tên bệnh viện 病院名:   | Tên bệnh viện 病院名:   |
| Tần suất 頻度:   | Tần suất 頻度:   |
| 【1】 Xin hãy đánh dấu ✓ vào các bệnh mà bé đã mắc. 今までにかかった病気に✓をつけてください。  |  |
| <input type="checkbox"/> Sởi 麻疹 <input type="checkbox"/> Thủy đậu 水痘 <input type="checkbox"/> Quai bị 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> Rubella 風疹 <input type="checkbox"/> Ho gà 百日咳   |  |
| 【2】 Bé có từng đi khám do mắc bệnh nào khác hay do gặp tai nạn không? その他の病気が事故で医師にかかりましたか。  |  |
| <input type="checkbox"/> Có はい   |  |
| <input type="checkbox"/> Không いいえ (Tên bệnh 病名・tai nạn 事故名 _____)   |  |
| 【3】 Hãy đánh dấu ✓ vào các loại Vắc xin mà bé đã tiêm cho đến nay. 今までに受けた予防接種に✓をつけてください。  |  |
| Vắc xin BCG BCG <input type="checkbox"/> Đã tiêm 済 <input type="checkbox"/> Chưa tiêm 未  | Vắc xin Thủy đậu 水痘 <input type="checkbox"/> 1 lần 1回 <input type="checkbox"/> 2 lần 2回  |
| Vắc xin 4 trong 1 四種混合   | <input type="checkbox"/> 1 lần 1回 <input type="checkbox"/> 2 lần 2回 <input type="checkbox"/> 3 lần 3回 <input type="checkbox"/> Bổ sung 追加 <input type="checkbox"/> Chưa tiêm 未 |
| Vắc xin Phế cầu khuẩn cho trẻ em 小児用肺炎球菌   | <input type="checkbox"/> 1 lần 1回 <input type="checkbox"/> 2 lần 2回 <input type="checkbox"/> 3 lần 3回 <input type="checkbox"/> 4 lần 4回  |
| Vắc xin Hib (Vi khuẩn Haemophilus Influenza type b) ヒブ (インフルエンザ菌b型)  | <input type="checkbox"/> 1 lần 1回 <input type="checkbox"/> 2 lần 2回 <input type="checkbox"/> 3 lần 3回 <input type="checkbox"/> 4 lần 4回  |
| Vắc xin Sởi và Rubella (kết hợp) 麻疹・風疹 (混合)  | <input type="checkbox"/> 1 lần 1回  |

|   |   |
|---|---|
| Vắc xin Sởi(đơn) 麻疹(単独) <input type="checkbox"/> 1 lần 1回   | Vắc xin Rubella(đơn) 風疹(単独) <input type="checkbox"/> 1 lần 1回 |
| Vắc xin Viêm não Nhật Bản 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1 lần 1回 <input type="checkbox"/> 2 lần 2回 <input type="checkbox"/> Chưa tiêm 未   |   |
| Vắc xin Viêm gan B B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1 lần 1回 <input type="checkbox"/> 2 lần 2回 <input type="checkbox"/> 3 lần 3回   |   |
| <p><b>[4]</b> Trong các lần khám sức khỏe trước của bé, có từng được nhắc nhở hoặc lưu ý điều gì không?<br/>         今までの健診で何か言われましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ</p> <p>Nếu "có", nội dung được nói là gì? 「はい」の場合は、何と言われましたか? ( _____ )</p> |   |

## Bản câu hỏi khám sức khỏe trẻ 3 tuổi 6 tháng

### 3歳6か月児健康診査アンケート

|  |   |
|--|---|
| <b>[1]</b> Bé có thể không cần dắt tay mà tự bước từng bước để leo cầu thang không?<br>手をつながずに、足を交互に出して階段を上げますか。                                   | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| <b>[2]</b> Bé có thể bắt chước vẽ được hình tròn không? まねをして○が描けますか。  | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| <b>[3]</b> Bé có thể nói câu ba từ như "Bố, đi, công ty" không?<br>「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"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| <b>[4]</b> Bé có thể rời khỏi mẹ và chơi cùng bạn bè không?<br>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"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| <b>[5]</b> Ngay cả khi không làm tốt, bé có luôn muốn tự mình làm mọi thứ và cáu giận, v.v. khi được giúp không? 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"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| <b>[6]</b> Bé có chơi với đồ chơi như xếp các khối gỗ để làm mô hình tàu hỏa hay nhà cửa không? 積み木などを電車や家にみたくて遊びますか。                              | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| <b>[7]</b> Bé có thể tự mặc và cởi quần áo gần như hoàn toàn không?<br>衣服の着脱をほとんど一人でしますか。  | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| <b>[8]</b> Bé có "thói quen" nào khiến bạn lo lắng không? 気になっている“くせ”はありますか。   | <input type="checkbox"/> Không いいえ <input type="checkbox"/> Có はい |
| <b>[9]</b> Bé đã biết đi vệ sinh (đi tiểu, đi đại tiện) ở nhà vệ sinh chưa?<br>“おしっこ”や“うんち”はトイレでできますか。   | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| <b>[10]</b> Giờ thức dậy và giờ đi ngủ của bé là mấy giờ? 起床時間、就寝時間は何時ですか。   |   |
| Thức dậy vào khoảng 起床: ( ) 時頃   | Đi ngủ vào khoảng 就寝: ( ) 時頃                                      |
| <b>[11]</b> Bé ăn sáng vào lúc mấy giờ? 朝食は何時ごろですか。  | Khoảng _____ 時頃   |
| <b>[12]</b> Bé có cảm thấy đói khi đến giờ ăn không? 食事のとき、お腹がすいていますか。   | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| <b>[13]</b> Loại đồ ăn vặt bé thường ăn và số lần trong ngày? よく食べるお菓子と一日の回数は。   |   |
| Loại 種類 _____  | _____ 回 / 日   |
| Loại đồ uống bé thường uống và số lần trong ngày? よく飲む飲み物と一日の回数は。  |   |
| Loại 種類 _____  | _____ 回 / 日   |
| <b>[14]</b> Bạn có gặp khó khăn gì liên quan đến việc ăn uống của bé không?<br>食事について困っていることはありますか。  | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| <b>[15]</b> Bạn có giúp bé chải răng không? 親が歯磨きを手伝いますか。  | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| <b>[16]</b> Bạn (mẹ của bé) có cảm thấy vui khi ở bên con không?<br>お母さんは、子どもと一緒にいて楽しいですか。   | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |
| <b>[17]</b> Bố của bé có hỗ trợ trong việc nuôi dạy con cái không? お父さんは、育児に協力的ですか。  | <input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Không いいえ |

**【18】** Nếu có bất kỳ điều gì bạn lo lắng hoặc muốn trao đổi, vui lòng ghi vào đây.

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。

**Lưu ý:** Phiếu khám này sẽ không được sử dụng cho mục đích nào khác ngoài hoạt động chăm sóc sức khỏe mẹ và bé.

\*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。