

यो पत्रलाई फोल्ड नगरी भर्ना गर्नुहोस्, स्वास्थ्य जाँचको लागि स्वास्थ्य जाँच प्रश्नावली। [कृपया यो फारम भरि नपढ्याइकन आफु सँगै ल्याउनुहोस्]

1 वर्ष 6 मास बालक स्वास्थ्य जाँच प्रश्नावली [१८ महिनाको शिशुहरूको लागि स्वास्थ्य जाँच प्रश्नावली]

		जिउशीबि 【जाँचको मिति】	नेन गत्तु न्चि 【साल/महिना/दिन】
बालकको बारेमा	फुरिगना 【फुरिगना सहित】		नेन गत्तु न्चि 【साल/महिना/दिन】
	शुमेइ 【नाम】	ओतो ओन्ना □ पुरुष □ स्त्री द्वै शि न् (जन्म क्रम)	सेइनेन गत्तु 【जन्म मिति】 मान् सै कै केत्तु 【वर्ष र महिनाको उमेर】
	जुशु शो देन्वा 【हालको ठेगाना र फोन नम्बर】	कावासाकी शहर वडा	TEL ()

ह्योरोकि 【तपाईंको बच्चाको विषयमा हामीसित सल्लाह माग्न चाहनुभएको कुनै चिन्ताहरू लेखिदिनुहोस्】			
इमा ब्योउकी 【के तपाईंको बच्चालाई कुनै गम्भीर रोग लागेको छ?】	□ नै छ □ छ → हाशिका 【दादुरा】 ह्यकु चिगेकी 【लहरे खोकी】 ओताफुकु केत्तु 【हड्डि (मम्प्स)】 फुशुन 【रुबेला】 मिजुहोसु 【ठेउला】 सेकु 【शवास रोग】 त्तुत्तुसेइहोत्तु 【रोजिओला (रातो डाबर)】 ओतो 【अन्य】 ()		
गेन्साइ 【के तपाईंको बच्चालाई हाल कुनै बिरामी परेको छ?】	□ नै छ □ छ → ब्योउमेइ 【रोगको नाम】 ()		
हिकुत्तुके (केइलेन्) ओकोशिता 【के तपाईंको बच्चालाई काँपेको अवस्था (एक्कासीको कम्पन) भएको छ?】	□ नै छ □ छ →	इत्तु 【कति उमेरमा】	सै कै केत्तु 【वर्ष र महिनाको उमेरमा】
	दोन्ना 【अवस्था】	नेत्तु 【को ज्वरो】 ओतो 【अन्य】	नेन्काइ 【आवृत्ति】 कै 【पटक】
केइसाइ 【तपाईंको बच्चाको विकासको बारेमा प्रश्न】	कुबि 【आफ्नो टाउको सिधा उठाइरहन सक्ने (महिनाको उमेरमा)】 ओसुवारी (केत्तु) 【सिधा बस्न सक्ने (महिनाको उमेरमा)】 ह्योत्तु 【हिड्न सक्ने (महिनाको उमेरमा)】 ह्योत्तु 【नचिनेको व्यक्ति प्रति डर (छ/नै)】		

1 ह्योत्तुके 【के तपाईंको बच्चाको मदतबिना राम्रो सँग हिड्न सक्छ?】	है 【छ नै थाहा छैन】
2 ह्योत्तुके 【के तपाईंको बच्चा पेन्सिल वा कलर प्रयोग गरेर कागज कोर्छ?】	है 【छ नै थाहा छैन】
3 ह्योत्तुके 【के तपाईंको बच्चाले किशमिश जस्तो सानो चिज आफ्नो आँलाले समातेर उठाउँछ?】	है 【छ नै थाहा छैन】
4 ह्योत्तुके 【के तपाईंको बच्चाको विकासको बारेमा प्रश्न】	है 【छ नै थाहा छैन】

<p>19 お子さんは朝食を家族と一緒にしていますか？ 【के तपाईंको बच्चाको आफ्नो परिवारसितै नास्ता खान्छ?】</p>	<p>はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【छ】 【छैन】</p>
<p>20 よくかんで食べていますか？ 【के तपाईंको बच्चाको आफ्नो खाना राम्रोसँग चपाउँदै खान्छ?】</p>	<p>はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【छ】 【छैन】</p>
<p>21 母乳を飲んでますか？ 【के तपाईंको बच्चालाई स्तनपान खुवाइरहेको छ?】</p>	<p>いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【छैन】 【छ】</p>
<p>22 哺乳瓶を使っていますか？ 【के तपाईंको बच्चा बोतलबाट पिउँछ?】</p>	<p>いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【छैन】 【छ】</p>
<p>23 毎日保護者が歯の仕上げ磨きをしていますか？ 【के आमा वा बुवाले हरेक दिन बच्चाको दाँत माइन् मदत गर्नुहुन्छ?】</p>	<p>はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 【छ】 【छैन】</p>
<p>24 甘い食べ物、飲み物（スポーツ飲料を含む）を1日3回以上飲食していますか？ 【के तपाईंको बच्चाको दिनमा ३ पटक भन्दा धेरै चोटी मिठाई (स्पोर्ट ड्रिंक सहित) खान्छ?】</p>	<p>いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【छैन】 【छ】</p>
<p>25 保護者の体調はよいですか？ 【के तपाईंको र तपाईंको जीवनसाथीको स्वास्थ्य राम्रो छ?】</p>	<p>はい いいえ わからない 【छ छैन थाहा छैन】</p>
<p>26 お子さんと一緒に生活はいかがですか？あてはまるものはいくつでも○をつけてください。 【तपाईंलाई बच्चासितको जीवन कस्तो लागि रहेको छ? तल दिइएको कुनै जवाफहरूमा गोलो चिन्ह लगाउनुहोस्।】</p> <p>①楽しい【रमाइलो】 ②大変だが育児は楽しい【परिश्रम हुन्छ तर रमाइलो】 ③疲れる【थकाई लाग्दो】 ④よくイライラしている【अक्सर निराश/गाहो महसुस】 ⑤気分が落ち込む【निराशा】 ⑥子どもをかわいいと思えない【आफ्नो बच्चामा चासोको कमी】 ⑦その他【अन्य】 ()</p>	
<p>27 育児について相談したり協力してくれる人はいますか？あてはまるものはいくつでも○をつけてください。 【के तपाईंसँग बच्चा हुर्काउने काममा मद्दत र समर्थन गर्ने कोहि हुनुहुन्छ? तल दिइएको कुनै जवाफहरूमा गोलो चिन्ह लगाउनुहोस्।】</p> <p>①配偶者【जीवनसाथी】 ②親【आमा/बुबा】 ③友人【साथी】 ④親類【आफन्त】 ⑤その他【अन्य】 () ⑥誰もいない【कोही छैन】</p>	
<p>28 育児をする中で悩んだり、つらいと感じることはありますか？ はい【छ】 いいえ【छैन】 【तपाईंको बच्चालाई हुर्काउँदा के तपाईंको केही चिन्ता वा गाह्रो अवस्थाहरू हुन्छन्?】</p> <p>◆ 「はい」と答えた方【यदि तपाईंको जवाफ “छ” भन्ने】 → どんなことですか？【तपाईंको चिन्ता वा गाह्रो अवस्थाहरू के-के छन्?】</p>	
<p>29 主に育児をしているのはどなたですか？ 【मुख्य रूपले कसले तपाईंको बच्चाको हेरचाह गर्नुहुन्छ?】</p>	<p>ひる屋【दिनमा】 () よる夜【रातमा】 () ほいくしせつりよう ばあい 保育施設利用の場合【डेकेयर सेन्टर प्रयोग गर्दा】 しせつめい 施設名【तपाईंको बच्चाको डेकेयर सेन्टरको नाम】 ()</p>
<p>30 お子さんは風邪をひきやすく、ぜーぜーしやすいですか？また、くりかえして湿疹がでますか？また、特定の飲食物で口のまわりや唇などが赤くはれたり、ひどい下痢、嘔吐をしたことがありますか？(どれか1つでもあれば) 【के तपाईंको बच्चाको प्राय रूगा लाग्छ र स्वा-स्वाँ गर्छ? के उसलाई आवर्ती एक्जिमा लाग्छ? के उसलाई कुनै खास खानपान खाए वा पिए पछि मुखको वरपर वा ओठमा रातोपन, पखाला वा बान्ता भएको छ? (यदि तपाईंको बच्चालाई यीमध्ये कुनै लक्षण भएको छ भने, “छ” -मा गोलो चिन्ह लगाउनुहोस्)】</p>	<p>いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【छैन】 【छ】</p>
<p>31 お子さんや、お子さんの兄弟、両親、祖父母の中で、ぜん息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・じんましんにかかった人がいますか？ 【के तपाईंको बच्चालाई वा तपाईंको बच्चाको परिवारको कुनै व्यक्तिलाई (दाजुभाइ, दिदीबहिनी, आमाबुबा, वा हजुरआमा/हजुरबुबा) श्वास रोग, एलर्जिक राइनाइटिस (एलर्जीको रूगा) , एटोपिक डर्माटाइटिस (एक्जिमा), वा छालाको डाबर लागेको छ?】</p>	<p>いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 【छैन】 【छ】</p>

お子さんの1日の生活の様子をお書きください。(例：起床 就寝 食事 おやつ テレビ 外遊び ひるねなど)
【तपाईंको बच्चाको दैनिक दिनचर्या लेखिदिनुहोस्। (उदाहरणको लागि, उठ्ने, सुत्ने, खाना खाने समय, खाजा खाने समय, टिभी हेर्ने, बाहिर खेल्ने, आराम गर्ने समय, आदि)】

