

7 か月児健康診査のお知らせ

【Notificação de Exame de Saúde para Bebês de 7 Meses】

お子さんが健康に育つためには、定期的な健康診査が必要です。川崎市では、7 か月児健康診査を、川崎市医師会の協力により地域の医療機関で無料で受けられる制度として実施しています。

【Para que seu filho cresça saudável, são necessários exames de saúde regulares. Na cidade de Kawasaki, o exame de saúde para bebês de 7 meses é realizado gratuitamente em clínicas ou hospitais locais, com a cooperação da Associação Médica de Kawasaki.】

この制度によりお子さんが健康診査を受けるときは、問診票 1 と 2 に必要事項を記入して、市内の 7 か月児健康診査協力医療機関に必ずお持ちください。念のため、健康保険証と小児医療証等もお持ちください。

【Quando seu filho for realizar o exame de saúde através deste sistema, **preencha os itens necessários nos Formulários de Consulta 1 e 2** e leve-os a uma clínica ou hospital que está no programa da cidade, para o Exame de Saúde para Bebês de 7 Meses. Por precaução, também leve o cartão de seguro saúde e o cartão de atendimento médico infantil.】

(注)

- 1 この健康診査は、生後満7か月の前後15日以内(6.5か月～7.5か月)にお受けください。
- 2 健康診査の受付方法、実施日、実施時間などについては、医療機関ごとに異なりますので、お確かめの上お出かけください。

※お問合せ先：お住まいの区の地域みまもり支援センター

【(Observações)

1. Este exame de saúde deve ser realizado dentro de 15 dias antes ou depois de o bebê completar 7 meses (dos 6,5 a 7,5 meses de idade).
2. O atendimento, as datas e os horários dos exames de saúde variam de acordo com a clínica ou hospital, portanto, verifique antes de ir.

※Contato: Centro de Apoio Comunitário de seu Distrito. (OSUMAI NO KU NO CHIKI MIMAMORI SHIEN SENTA)】

最新の協力医療機関はこちらから御確認ください。

【Confirme as clinic as ou hospitais que participam do program a aqui】



7 か月児健康診査 問診票 1

【Exame de Saúde para Bebês de 7 Meses - Questionário 1】

記載者【Responsável pelo Preenchimento】: _____

お子さんの月齢（健診当日記入）【Idade do seu filho em meses (preencher no dia do exame de saúde)】:

か月【meses】 日【dias】

氏名 ふりがな【Nome completo (FURIGANA)】

お子さんの名前【Nome do seu filho (a)】

【Nascimento】 年【Ano】 月【Mês】 日【Dia】 生まれ男【Menino】・女【Menina】 第 子【Filho(a) número】

父の氏名【Nome do Pai】 昭和【Showa】・平成【Heisei】 【Nascimento】 年【Ano】 月

【Mês】 日【Dia】 生まれ（ 才【Idade】）

職業【Trabalho】 なし【Não】・あり【Sim】（ ）

母の氏名【Nome da Mãe】 昭和【Showa】・平成【Heisei】 【Nascimento】 年【Ano】 月

【Mês】 日【Dia】 生まれ（ 才【Idade】）

職業【Trabalho】 なし【Não】・あり【Sim】（ ）

住所【Endereço】 区【Distrito】

連絡先電話番号【Número de Telefone de Contato】

家族状況【Situação Familiar】

同居家族【Número de familiares vivendo juntos】 _____ 人（本児含む）【pessoas (incluindo esta criança)】

家族構成【Composição da Família】 父【Pai】 母【Mãe】 祖父【Avô】 祖母【Avó】（父方 母方）

【(Paterno Materno)】 その他【Outros】（ ）

本児の兄弟姉妹と年齢【Irmãos e irmãs (desta criança) e suas idades】: ()

家族の健康状況【Sobre a Saúde dos membros da família】: 健康【Saudável】・健康問題がある【Problemas de saúde】（誰が・どの様な）【(quem & qual tipo)】 _____

主な保育者【Cuidador da criança】 日中【Durante o dia】 _____ 夜間【Durante a noite】 _____

保育園等への通園【Frequenta creche (ou equivalente)】 なし【Não】・あり【Sim】（園名【Nome da creche:】 _____）

妊娠分娩状況【Situação da Gravidez e Parto】

在胎週数【Periodo da gestação】 _____ 週【semanas】

妊娠中の異常【Situação da gravidez】 正常【Normal】・妊娠高血圧症候群【Hipertensão Gestacional】・貧血【Anemia】・切迫流産【Ameaça de Aborto】・糖尿病【Diabetes】 その他【Outros (especificar)】

分娩時の異常【Complicações no parto】 なし【Parto sem anormalidades】・帝王切開【Parto por cesariana】・吸引【Parto com aspiração】・出血多量【Parto com hemorragia excessiva】・その他【Outros (especificar)】

母の出生後の特記事項（身体面・精神面）【Necessidade de cuidados especiais para mãe (físicas e mentais), após o nascimento】
なし【Não】・あり【Sim】

出生状況【Situação do Nascimento】

体重【Peso】（ ） g 身長【Altura】（ ） cm 胸囲【Circunferência torácica】（ ） cm 頭囲【Circunferência craniana】（ ） cm

出生時の特記事項【Observações Especiais no Momento do Nascimento】 なし【Não】・あり【Sim】 仮死【Parada Cardíaca Aparente】・強い黄疸【Coloração Amarelada Intensa na Pele】（光線療法【Terapia de Luz】・交換輸血【Transfusão de Sangue】）・チアノーゼ【Cianose】・けいれん【Convulsões】

その他【Outros (especificar)】（ ）

その時の処置【Tratamento realizado】・保育器使用【Uso de Incubadora】・酸素【Oxigênio】・

その他【Outros】（ ）

先天性代謝異常検査の結果【Resultados dos Testes de Anomalias Congênitas】

異常なし【Sem Anormalidades】・異常あり【Com Anormalidades】（ ）

お子さんの既往歴【Histórico Médico da Criança】

・今までに大きな病気、事故（けが・やけど・転倒）等がありましたか。

【Até o momento, houve alguma doença grave, acidente (lesões, queimaduras, quedas), ou algo semelhante?】

いいえ **【Não】**・はい **【Sim】**

内容 **【Detalhes】** () 治療 **【Tipo de Tratamento】** ()

・いま治療中の病気はありますか。 **【Você está atualmente em tratamento médico para alguma doença?】**

いいえ **【Não】**・はい **【Sim】**

内容 **【Detalhes】** () 治療 **【Tipo de Tratamento】** ()