

7 個月健康診査のお知らせ

【7 個月健康診査の通知】

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 個月健康診査を、川崎市医師会の協力により地域の医療機関で受けられる制度として実施しています。

たपाईको बच्चा स्वस्थ भएर बढ्नुको लागि नियमित चिकित्सा स्वास्थ्य जाँचहरू आवश्यक हुन्छ।
कावासाकी चिकित्सा एसोसिएशनको सहयोग सहित, 7 個月को सबै शिशुहरू नगरपालिकाभित्र स्वास्थ्य जाँच पाउनुपर्छ भन्ने स्थापित नीति कावासाकी शहरले लागू गर्दछ।

この制度によりお子さんが健康診査を受けるときは、裏面の問診票及び2枚目の受診票（太枠内）に必要事項を記入して、市内の7 個月健康診査協力医療機関においてになれば、無料で受けられます。

ただし、病気の診療や治療等の費用は含まれていません。健康診査にだけ御利用ください。

त्यहि नीति अनुसार, तपाईको बच्चा स्वास्थ्य जाँच पाउनको लागि, संलग्न चिकित्सा साक्षात्कार कागज र चिकित्सा परामर्श फारम आवश्यक छ। कावासाकी शहरको नीतिसित मिल्ने चिकित्सा संस्थामा दुबै भरिएको फारम ल्याउनुहुँदा, तपाईको 7 個月को बच्चाको लागि स्वास्थ्य जाँच निःशुल्क हुनेछ।

चिकित्सा उपचार र बिरामीको उपचार खर्च समावेश गरिएको छैन। कृपया यसलाई स्वास्थ्य जाँचको लागि मात्र प्रयोग गर्नुहोस्।

- (注) 1. 健康診査の受付方法、実施日、実施時間などについては、個々の医療機関で決めていますから、お確かめのうえお出かけください。
2. この健康診査は、区役所では実施していません。
3. この健康診査は、生後満7 個月の前15日以内（6.5 個月～7.5 個月）にお受けください。

याद गर्नुहोस्: १. अपोइन्टमेन्ट बनाउने तरिका र खुल्ने समय चिकित्सा संस्था अनुसार फरक-फरक हुन सक्छन्, त्यसैले स्वास्थ्य

उपस्थित हुनुभन्दा अघि कृपया आफैले पक्का गर्नुहोस्।

२. यो चिकित्सा स्वास्थ्य जाँच वडा कार्यालयमा गरिँदैन।

३. कृपया तपाईको बच्चाको जन्म पछिको ७औँ महिनाको १५ दिन अघि वा पछि भित्र यो चिकित्सा स्वास्थ्य जाँच पुरा गर्नुहोस् (साढे ६ महिना देखि साढे ७ महिनाको उमेरको अवधि भित्र)।

※お問い合わせ先: お住まいの区役所の担当部署

※सोधपुछ: स्थानीय वडा कार्यालयको।

7 か月児健康診査問診票

【७ महिनाको शिशुहरूको लागि स्वास्थ्य जाँच प्रश्नावली】

乳幼児氏名 【शिशुको नाम】	男【पुरुष】 女【स्त्री】	ねん 年 がつ 月 にち 日生 日 【जन्म मिति (साल/महिना/दिन)】	だい 第 子 子 【शिशु न. (जन्म क्रम)】
保護者氏名 【अभिभावकको नाम】	でんわ 電話【सम्पर्क नम्बर】		
住所 【ठेगाना】	かわさき 川崎市 区 【कावासाकी शहर वडा】		
出産時の状況 【जन्मे बेलाको】	せいき 正期産【पूर्ण अवधिको जन्म】・そうざん 早産【असामयिक】(しゅう 週【हप्ता】) じゅう 出生体重【जन्ममा तौल】(g)		

次の質問にたいしてあてはまる方の答えに○をつけ、その内容等を記入してください。

【तल दिइएको हरेक प्रश्नको लागि तपाईंको बच्चाको अवस्थसँग मिल्ने जवाफमा गोलो चिन्ह लगाउनुहोस् र चाहिने साथ व्याख्या पनि लेख्नुहोस्।】

出産時の状況 【जन्मे बेलाको अवस्था】	正期産【पूर्ण अवधिको जन्म】・早産【असामयिक】 (_____ 週【हप्ता】 出生体重【जन्ममा तौल】 (_____ g)
---------------------------------	---

健康診査結果 (医師記入) 【चिकित्सा स्वास्थ्य जाँचको नतीजा (डाक्टरको प्रयोगको लागि मात्र)】 総合判断 【समग्र निर्णय】	健康診月日 【स्वास्थ्य जाँचको मिति】	_____ 年 _____ 月 _____ 日【سال/महिना/दिन】 _____ 満 _____ 月 _____ 日【माथिको मितिमा शिशुको उमेर (साल/महिना/दिन)】
	計測 【मापनहरू】	体重【तौल】 _____ g 身長【उचाई】 _____ cm 頭囲【टाउकोको परिधि】 _____ cm 胸囲【छातीको परिधि】 _____ cm
	1. 異常なし【समस्या छैन】 2. 助言指導 (_____ 番)【सल्लाह र मार्गदर्शन (न. _____)】 3. 要観察 (_____ 番)【अवलोकन (न. _____)】 4. 要精査 (_____ 番)【विस्तृत परीक्षा आवश्यक छ (न. _____)】 5. 要医療 (_____ 番)【चिकित्सा उपचार आवश्यक छ (न. _____)】 6. 治療中 (_____ 番)【हाल उपचार पाइरहेको (न. _____)】 7. 紹介 (_____ 番)【रेफरल (न. _____)】	
	区役所への連絡事項 【वडा कार्यालय लागि सन्देश】	1. 精密検査を必要とする (_____ 番)【पूर्ण चिकित्सा जाँच आवश्यक छ (न. _____)】 2. その他 (_____) 【अन्य (_____)】
医療機関 【चिकित्सा संस्थाको विवरण】	所在地【स्थान】： 名称【नाम】： 氏名【डाक्टर】：	印

この健康診票は母子健康手帳の21ページに添付してください。

【यस चिकित्सा जाँच फारम तपाईंको मातृत्व पासबुकको २१औं पानामा राख्नुहोस्】