

7か月健康診査のお知らせ

【Información sobre el Chequeo Médico para Niños de 7 meses de Edad】

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受けられる制度として実施しています。

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）に必要な事項を記入して、市内の7か月児健康診査協力医療機関においでになれば、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。

- (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、保健福祉センターでは実施しておりません。
3. 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。

※お問い合わせ先：お住まいの区役所の保健福祉センター

Los chequeos médicos regulares son necesarios para que su bebe crezca sanamente.

Con la cooperación de la Asociación Médica de Kawasaki, la Ciudad de Kawasaki ha establecido una política de que todos los bebés de 7 meses de edad cumplan con un chequeo médico en una institución médica dentro de la ciudad.

En concordancia con la política, para que su bebé participe en el chequeo médico, se requiere la información en la Hoja de Entrevista Médica y el Formulario de Consulta Médica. El chequeo médico para su bebé de 7 meses de edad es gratis si Ud. entrega estos documentos debidamente llenados a cualquier institución médica que coopere con la política de la Ciudad de Kawasaki.

Observaciones:

1. Solicite información a la institución médica que haya seleccionado para confirmar disponibilidad de cita y horarios de atención antes de presentarse para el chequeo médico.
2. En el Centro de Salud y Seguro Social no realizan este tipo de chequeo médico.
3. Este chequeo médico debe ser realizado en el intervalo de 15 días antes de que el bebé cumpla los siete meses, hasta los 15 días posteriores (entre los 6.5 y 7.5 meses de edad).

※Consultas: Por favor contacte al Centro de Salud y Seguro Social de su municipio

げつじけんこうしんさもんしんひょう
7か月児健康診査問診票

【Cuestionario Médico para Niños de 7 meses de Edad – Hoja de Entrevista Médica】

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|----------------------------------|
| 乳幼児氏名 【Nombre del bebé】 | 男【Varón】 女【Mujer】 | 年 月 日生 【Fecha de nacimiento: Año ___ Mes ___ Día ___】 | 第 ___ 子 【Orden de nacimiento】 |
| 保護者氏名 【Nombre del representante】 | でんわ 電話【Número de contacto】 | | |
| 住所 【Dirección】 | 川崎市 _____ 区 【Kawasaki _____ Municipio】 | | |
| 出産時の状況 【Condición al nacer】 | 正期産【Parto a término】・早産【Prematuro】（ ___ 週【semanas】 出生体重【Peso al nacer】（ ___ 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。

【Para las siguientes preguntas circule la respuesta que mejor describa a su bebe y rellene con los detalles donde sea necesario.】

| | |
|--|---|
| <p>1. いままでになにか異常があるといわれたことがありましたか。（ _____ ） 【¿Alguna vez le han comentado que hay algo médicamente inusual con su bebé?】</p> <p>2. いままでになにか重い病気をしましたか。（病名【Nombre de la enfermedad】 _____ ） 【¿Ha estado su bebé seriamente enfermo?】</p> <p>3. ひきつけたことがありますか。（ _____ 回【veces】） 【¿Ha tenido su bebé convulsiones?】</p> <p>4. ねがえって元に戻りますか。 【¿Puede su bebé darse la vuelta para quedar boca arriba?】</p> <p>5. 短時間なら一人で座っていられますか。 【¿Puede su bebé sentarse por un rato, aunque sea corto?】</p> <p>6. わきの下を支えてやると元気よくピョンピョンはねますか。 【Cuando alza a su bebé por sus axilas, ¿da muestras de alegría?】</p> <p>7. 体のそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか。 【¿Su bebé extiende la mano para intentar tomar juguetes o cosas que estén cerca?】</p> <p>8. 声を出して大人の注意をひこうとしますか。 【¿Llama su bebé la atención de adultos mediante sonidos?】</p> <p>9. ひとみしりをしますか。 【¿Muestra su bebé temor al encontrarse en sitios desconocidos?】</p> <p>10. ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがありますか。 【¿En algún momento ha notado si los ojos de su bebé están completamente blancos o amarillentos?】</p> <p>11. たばこを食べたとかやけどなどの事故をおこしたことがありますか。 【¿Ha intentado su bebé comer un cigarrillo? o ¿Ha tenido su bebé algún accidente en el cual se haya quemado?】</p> <p>その他心配なこと、相談したいことがあれば書いてください。 【Escriba cualquier otra preocupación que tenga sobre su bebé.】</p> | <p>いいえ はい 【No/Si】</p> <p>いいえ はい 【No/Si】</p> <p>いいえ はい 【No/Si】</p> <p>はい いいえ 【Si/No】</p> <p>はい いいえ 【Si/No】</p> <p>はい いいえ 【Si/No】</p> <p>はい いいえ 【Si/No】</p> <p>はい いいえ 【Si/No】</p> <p>はい いいえ 【Si/No】</p> <p>いいえ はい 【No/Si】</p> <p>いいえ はい 【No/Si】</p> |
|--|---|

げつじけんこうしんさじゅしんひょう
7か月児健康診査受診票

【Cuestionario Médico para Niños de 7 meses de Edad – Formulario de Consulta Médica】

| | | | |
|--|---|--|-----------------------------------|
| にゅうようじしめい 乳幼児氏名 【Nombre del bebé】 | おとこ 男【Varón】 おんな 女【Mujer】 | ねん 年 がつ 月 にち 日 生 【Fecha de nacimiento: Año__Mes__Dia__】 | だい 第 し 子 【Orden de nacimiento】 |
| ほごしゃしめい 保護者氏名 【Nombre del representante】 | でんわ 電話【Número de contacto】 | | |
| じゅうしょ 住所 【Dirección】 | かわさき 川崎市 _____ 区 【Kawasaki _____ Municipio】 | | |
| しゅつさん じ じょうきょう 出産時の状況 【Condición al nacer】 | せいきさん 正期産【Parto a termino】・そうざん 早産【Prematuro】(__ 週【semanas】) しゅつしょうたいじゅう 出生体重【Peso al nacer】(__g) | | |

| | | |
|--|---|---|
| けんこうしんさけっか い しきにゆう 健康診査結果 (医師記入) 【Resultados del Chequeo Médico (Uso médico)】 | けんしんがっぴ 健診月日 【Fecha del chequeo】 | ねん 年 がつ 月 にち 日【YYYY/MM/DD】 まん 満 げつ 月 にち 日【Edad al momento del chequeo __meses __días】 |
| | けいそく 計測 【Medidas】 | たいじゅう 体重【Peso】 _____g 身長【Estatura】 _____cm とうい 頭囲【Cráneo】 _____cm 胸囲【Tórax】 _____cm |
| | そうごうほんだん 総合判断 【Evaluación general】 | いじょう 異常なし【Sin problemas】 じよげんしどう (____ 番)【Indicaciones y/o recomendaciones (No.____)】 ようかんさつ (____ 番)【Observación (No.____)】 ようせいさ (____ 番)【Necesidad de Chequeo Detallado (No.____)】 よういりょう (____ 番)【Necesidad de Tratamiento (No.____)】 ちりょうちゅう (____ 番)【Bajo tratamiento (No.____)】 しょうかい (____ 番)【Referido (No.____)】 |
| | ほけんふくしせんたー 保健福祉センターへの れんらくじこう 連絡事項 【Mensaje para el Centro de Salud y Seguro Social】 | せいみつけんさ ひつよう (____ 番) 【Necesidad de Chequeo médico completo (No.____)】 2. その他 () 【Otro ()】 |
| いりようきかん 医療機関 【Información de la Institución Médica】 | しょざいち 所在地【Dirección】： めいしゅう 名称【Nombre】： しめい 氏名【Médico】： 印 | |

けんしんひょう ほ しけんこうてちょう ペー じ てんぷ
この検診票は母子健康手帳の21ページに添付してください。

【Adjunte este formulario en la página 21 de su Libreta de Maternidad】