

7か月健康診査のお知らせ

【แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพของเด็กอายุ 7 เดือน】

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。

- (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いません。
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

บุตรของท่านมีความจำเป็นต้องตรวจสุขภาพเป็นประจำเพื่อสุขภาพที่ดีของร่างกายให้แข็งแรง

ที่อำเภอควาซากิ ได้มีระบบการให้ตรวจสุขภาพของเด็กอายุ 7 เดือน โดยได้รับความร่วมมือจากสมาคมการแพทยควาซากิ

ที่สามารถพาเด็กไปตรวจสุขภาพได้กับสถานการแพทยท้องถิ่นทั่วไป

ระบบการตรวจสุขภาพของเด็กอายุ 7 เดือนนี้ ท่านจะต้องกรอกแบบฟอร์มสอบถามรายละเอียดทางการแพทย์ด้านหลังนี้จำนวน 2 หน้าในกรอบหนาสีดำ

แล้วนำไปที่สถานการแพทยท้องถิ่นทั่วไปภายในเขตอำเภอควาซากิ แล้วท่านจะได้รับการตรวจฟรีไม่เสียค่าใช้จ่าย

แต่อย่างไรก็ตาม ระบบการตรวจสุขภาพนี้จะไม่รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รักษาโรค โปรดใช้สำหรับการตรวจสุขภาพเท่านั้น

ข้อควรระวัง: 1. วิธีการในการเข้ารับการตรวจสุขภาพนั้น วันและเวลาจะขึ้นอยู่กับสถานการแพทยแต่ละแห่ง โปรดตรวจสอบก่อนจะไปยังสถานการแพทยนั้นด้วย

2. การตรวจสุขภาพนี้ไม่ได้ตรวจที่ศูนย์สวัสดิการสุขภาพ

3. การตรวจสุขภาพนี้ให้ตรวจในระหว่างที่เด็กอายุนับจากวันเกิดหน้าและหลังภายใน 15 วัน (6.5 เดือนถึง 7.5 เดือน).

※ติดต่อ: หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยกรุณาติดต่อที่ศูนย์สวัสดิการสุขภาพที่ว่าการอำเภอหรือที่ว่าการเขตที่ท่านอาศัยอยู่

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
 【แบบฟอร์มสอบถามสุขภาพเด็กสำหรับเด็กอายุ 7 เดือน】

にゅうようじしめい 乳幼児氏名 【ชื่อบุตร】	おとこ 男【ชาย】 おんな 女【หญิง】	ねん 年 がつ 月 にち 日 生 【วันที่เดือนปีเกิด (ปี.ศ./เดือน/วันที่)】	だい 第 ____ 子 【บุตรคนที่】
ほごしゃしめい 保護者氏名 【ชื่อผู้ปกครอง】	でんわ 電話【เบอร์โทรศัพท์】		
じゅうしょ 住所 【ที่อยู่】	かわさき 川崎市 _____ 区 【อำเภอควาซากิ _____】		
しゅつさんじょう 出産時の状況 【เกี่ยวกับการคลอด】	せいきさん 正期産【การคลอดปกติ】・そうざん 早産【การคลอดก่อนหนด】(_____ 週【สัปดาห์】) せいじょうたいじゅう 出生体重【น้ำหนักแรกเกิด】(_____ 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。

【กรุณาวางกลมล้อมรอบคำตอบในแต่ละข้อต่อไปนี้ให้ตรงกับข้อมูลเด็กของคุณพร้อมกับกรอกข้อมูลลงในช่องว่างที่จำเป็น】

1. いままで何か異常があるといわれたことがありますか。(_____) 【เคยได้รับแจ้งว่ามีอาการผิดปกติบ้างหรือไม่?】	いいえ はい 【ไม่/มี】
2. いままで何か重い病気をしましたか。(病名【ชื่อโรค】 _____) 【เคยป่วยเป็นโรคร้ายแรงบ้างหรือไม่? กรุณาอธิบาย:】	いいえ はい 【ไม่/มี】
3. ひきつけたことがありますか。(_____ 回【ครั้ง】) 【เคยมีอาการชักบ้างหรือไม่?】	いいえ はい 【ไม่/มี】
4. ねがえって元に戻りますか。 【นอนคว่ำแล้วสามารถกลับมาเหมือนเดิมได้หรือไม่?】	はい いいえ 【มี/ไม่】
5. 短時間なら一人で座っていられますか。 【สามารถนั่งคนเดียวในเวลาระยะสั้นๆได้หรือไม่?】	はい いいえ 【มี/ไม่】
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。 【เวลาเอามืออุ้มได้รักแร้แล้วสามารถกระโดดหรือดีดตัวขึ้นได้หรือไม่?】	はい いいえ 【มี/ไม่】
7. 体のそばにあるオモチャに手をのばしてつかめますか。 【เมื่อวางของเล่นไว้ใกล้ๆตัว สามารถเอามือจับของเล่นนั้นได้หรือไม่?】	はい いいえ 【มี/ไม่】
8. 声を出して大人の注意をひこうとしますか。 【ส่งเสียงเรียกให้ผู้ปกครองสนใจได้หรือไม่?】	はい いいえ 【มี/ไม่】
9. ひとみしりをしますか。 【กลั้วคนแปลกหน้าหรือไม่?】	はい いいえ 【มี/ไม่】
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。 【ตาตมึนสีเป็นประกายสีขาวหรือเขียวเหลืองหรือไม่?】	いいえ はい 【ไม่/มี】
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。 【เคยมีอุบัติเหตุกินบุหรี่หรือโดนไฟลวกหรือไม่?】	いいえ はい 【ไม่/มี】
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。 【ถ้าหากมีเรื่องวิตกกังวลกรุณาเขียนในช่องว่างด้านล่างนี้】	

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
 【แบบฟอร์มสอบถามสุขภาพเด็กสำหรับเด็กอายุ 7 เดือน】

にゅうようじしめい 乳幼児氏名 【ชื่อบุตร】	男【ชาย】 女【หญิง】	ねん 年 がつ 月 にち 日 生まれ 【วันที่เดือนปีเกิด (ปีค.ศ./เดือน/วันที่)】	だい 第 子 【บุตรคนที่】
ほごしゃしめい 保護者氏名 【ชื่อผู้ปกครอง】	でんわ 電話【เบอร์โทรศัพท์】		
じゅうしょ 住所 【ที่อยู่】	かわさき 川崎市 _____ 区 【Kawasaki city _____ ward】		
しゅつさん じ じょうきょう 出産時の状況 【การคลอด】	せい せい さん さん 産 産 【ปกติ】・ せい せい さん さん 産 産 【คลอดก่อนกำหนด】 (_____ 週間 【สัปดาห์】 せい せい さん さん 産 産 体重 【น้ำหนักแรกคลอด】 (_____ g)		

けんこうしんさけっか い しきにゅう 健康診査結果 (医師記入) 【ผลการตรวจสุขภาพ(สำหรับแพทย์)】	けんしんがっぴ 健診月日 【วันที่ตรวจสุขภาพ】	ねん 年 がつ 月 にち 日 【ปีค.ศ./เดือน/วันที่】
	けいそく 計測 【การวัดน้ำหนักส่วนสูงต่างๆ】	たい たい じゅう じゅう 体重【น้ำหนัก】 _____ g 身長【ส่วนสูง】 _____ cm まん 満 かつ 月 くに 日 【อายุ _____ เดือน _____ วัน】
	そうごうはん はん だん 総合判断 【ผลการตรวจโดยทั่วไป】	とう い とう い 頭囲【รอบศีรษะ】 _____ cm ぎょう い ぎょう い 胸囲【รอบอก】 _____ cm
ほけん ぶん ぶん ぶん ぶん ぶん ぶん ぶん ぶん 保健福祉センターへの 連絡事項 【ติดต่อศูนย์สุขภาพสวัสดิการและสังคม】	い じょう 1. 異常なし【ปกติ】	じょう じょう ぶん ぶん 2. 助言指導 (_____ 番) 【ควรได้รับการให้คำปรึกษาซ้ำ (No. _____)】
	じょう じょう ぶん ぶん 3. 要観察 (_____ 番) 【จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวัง (No. _____)】	じょう じょう ぶん ぶん 4. 要精査 (_____ 番) 【จำเป็นต้องได้การตรวจสอบ (No. _____)】
いりようき かん 医療機関 【สถาบันทางการแพทย์】	じょう じょう ぶん ぶん 5. 要医療 (_____ 番) 【จำเป็นต้องได้รับการรักษา (No. _____)】	จิว จิว ぶん ぶん 6. 治療中 (_____ 番) 【กำลังได้รับการรักษา (No. _____)】
	じょう じょう ぶん ぶん 7. 紹介 (_____ 番) 【ต้องแนะนำแพทย์เฉพาะทาง (No. _____)】	せい せい ぶん ぶん 1. 精密検査を必要とする (_____ 番) 【จำเป็นต้องได้รับการตรวจที่ละเอียดเพิ่มเติม (No. _____)】
しよ ざい ち 所在地【ที่อยู่】:		めい じょう 名称【ชื่อสถาบันทางการแพทย์】:
しめい 氏名【ชื่อแพทย์】:		印

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。

【โปรดแนบแบบฟอร์มสอบถามสุขภาพนี้มาพร้อมกับสมุดบันทึกแม่และเด็กในหน้าที่ 21】