

1 か月児健康診査 問診票 * 健診日に記入してください

Kuesioner Pemeriksaan Kesehatan Anak Usia 1 Bulan

* Mohon diisi pada hari pemeriksaan

お子さんの氏名 Nama Anak		母子健康手帳番号 (別冊の表紙に記載の番号) Nomor Buku KIA (Nomor yang tertera pada sampul buku lampiran KIA [bessatsu])								
生年月日 Tanggal Lahir	年 Tahun	月 Bulan	日 Tanggal	男・女 Laki-Laki / Perempuan	第 () 子 Anak Ke- ()					
保護者氏名 Nama Orang Tua / Wali () 連絡先 (母・父 : Nomor Kontak (Ibu / Ayah : ()			住所 Alamat 区 Kelurahan / Ku							
出生時の状況 Kondisi Saat Lahir		在胎週数 (週) Usia Kehamilan (Minggu		日) Hari		出生体重 () g Berat Badan Lahir () g				
先天性代謝異常検査の結果 Hasil Skrining Kelainan Metabolisme		異常なし・異常あり Normal / Tidak Normal		ビタミンK ₂ の投与 Pemberian Vitamin K ₂		できている・できていない Sudah / Belum				
新生児聴覚検査の結果 Hasil Skrining Pendengaran Bayi Baru Lahir		右 (パス・リファアー)・左 (パス・リファアー) Kanan (Lulus / Ada Catatan) / Kiri (Lulus / Ada Catatan)								
※リファアーの場合記入 精密検査を受けましたか (受診済・受診予定・受診していない) *Isi jika hasilnya “Ada Catatan”: Apakah sudah menjalani pemeriksaan lanjutan? (Sudah diperiksa / Akan diperiksa / Belum diperiksa)										
栄養法 Pemberian Nutrisi: ASI										
・母乳		回～	回	・ミルク(人工乳)		回～	回	(1回	ml 程度)	
Susu Formula		kali -	kali	kali -		kali	(1 kali sekitar	ml)		
お子さんについて Tentang Anak	1. 母乳やミルク (人工乳) をよく飲みますか 1. Apakah dapat minum ASI ataupun susu formula dengan baik?								はい・いいえ Ya / Tidak	
	2. 元気な声で泣きますか 2. Apakah dapat menangis dengan suara yang keras?								はい・いいえ Ya / Tidak	
	3. 大きな音にビックッと手足を伸ばしたり、泣き出ししたりすることはありますか 3. Apakah pernah terkejut disertai dengan merentangkan tangan dan kaki atau menangis saat mendengar suara keras?								はい・いいえ Ya / Tidak	
	4. 母乳やミルク (人工乳) を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか 4. Apakah bibir tampak kebiruan saat minum ASI ataupun susu formula atau saat menangis?								いいえ・はい Tidak / Ya	
	5. からだが特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか 5. Apakah tubuh terasa sangat lemas atau sangat kaku saat digendong?								いいえ・はい Tidak / Ya	
	6. うすい黄色、うすいクリーム色の便 (便色カード1番～3番) が続いていますか 6. Apakah tinja berwarna kuning pucat atau krem (Kartu Warna Tinja nomor 1-3) dan masih terus seperti itu?								いいえ・はい Tidak / Ya	
	7. あなたの顔をじっとみつめることがありますか 7. Apakah pernah menatap wajah Anda dengan saksama?								はい・いいえ Ya / Tidak	
	8. 裸にすると手足をよく動かしますか 8. Saat pakaian dibuka, apakah aktif menggerakkan tangan dan kakinya?								はい・いいえ Ya / Tidak	
9. 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか							なし・あり (本/日)			

親 (主な養育者) や子育ての状況 Keadaan Orang Tua (Pengasuh Utama) dan Pengasuhan Anak	9. Apakah saat ini Ibu merokok?	Tidak / Ya (____ batang/hari)
	10. 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか	なし・あり (____ 本/日)
	10. Apakah saat ini Ayah merokok?	Tidak / Ya (____ batang/hari)
	11. 窒息の可能性のある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか	はい・いいえ
	11. Apakah anak ditudurkan pada posisi telentang tanpa alas tidur atau selimut yang terlalu empuk untuk mencegah risiko sesak napas akibat tertutup benda tersebut?	Ya / Tidak
	12. ソファやベッド、抱っこひも等から転落、もしくは隙間に挟まらないように工夫していますか	はい・いいえ
	12. Apakah Anda melakukan pencegahan agar anak tidak jatuh dari sofa, tempat tidur, gendongan, atau terjepit di suatu celah?	Ya / Tidak
	13. あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか	はい・いいえ
	13. Apakah Anda merasa memiliki waktu untuk bersantai bersama anak Anda?	Ya / Tidak
	14. お子さんをいとおしいと感じますか	はい・いいえ
	14. Apakah Anda merasa sayang terhadap anak Anda?	Ya / Tidak
	15. 子育てについて不安や困難を感じることはありますか	いいえ・はい
	15. Apakah Anda merasa cemas berlebihan atau kesulitan dalam mengurus anak?	Tidak / Ya
	16. 子育てについて気軽に相談できる人やサポートをしてくれる人はいますか	はい・いいえ
	16. Apakah ada orang yang dapat Anda ajak berkonsultasi atau membantu pengasuhan anak?	Ya / Tidak
	17. (きょうだいがいらっしゃる方へ) きょうだいのことで相談したいことはありますか	いいえ・はい
	17. (Bagi yang memiliki anak lebih dari satu): Apakah ada hal yang ingin Anda konsultasikan mengenai anak yang lain?	Tidak / Ya
	18. お子さんのお母さんとお父さんは協力し合い家事・育児をしていますか	そう思う・どちらかといえばそう思う どちらかといえばそう思わない・そう思わない
	18. Apakah saat ini Ibu dan Ayah saling bekerja sama dalam urusan rumah tangga dan merawat anak?	Sangat setuju / Cenderung setuju / Cenderung tidak setuju / Tidak setuju
	19. お子さんが泣き止まない時に、どう対処したらよいかわからなくなったことがありますか	いいえ・はい
	19. Saat anak tidak mau berhenti menangis, pernahkah Anda merasa kebingungan bagaimana cara mengatasinya?	Tidak / Ya
	20. 現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか	大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい
	20. Bagaimana menurut Anda mengenai kondisi ekonomi keluarga saat ini secara keseluruhan?	Sangat cukup / Lumayan cukup / Biasa saja / Agak sulit / Sangat sulit
21. あなたはご自身の睡眠で困っていることはありますか	いいえ・はい	
21. Apakah Anda mengalami kesulitan tidur?	Tidak / Ya	
22. 日頃気になることや相談したいことがあればお書きください		
22. Silakan tulis jika ada hal yang Anda khawatirkan atau ingin dikonsultasikan dalam keseharian Anda (_____)		
23. 2 か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか	はい・いいえ	
23. Apakah Anda mengetahui tentang jenis vaksinasi yang mulai diberikan sekitar usia 2 bulan?	Ya / Tidak	

※この問診票は川崎市が保管します。内容について地域みまもり支援センターから連絡させていただく場合があります。

※個人情報の取り扱いについては川崎市個人情報保護条例により適切に管理しています。

* Kuesioner ini akan disimpan oleh Pemerintah Kota Kawasaki. Pusat Dukungan Pengawasan Komunitas (Chiiki Mimamori Shien Center) mungkin akan menghubungi Anda terkait isi kuesioner ini.

* Informasi pribadi dikelola dengan tepat sesuai dengan Peraturan Perlindungan Informasi Pribadi Kota Kawasaki.