

# Tờ khai tình trạng sức khỏe của trẻ (Mẫu 3)

Phiên âm

Ngày điền: ngày tháng năm

Tên trẻ tuổi tháng (tại thời điểm điền)

Ngày sinh: ngày tháng năm

Số sinh	Tình trạng lúc mới sinh	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Sinh non	<input type="checkbox"/> Nuôi trong lồng kính	<input type="checkbox"/> Ngạt	<input type="checkbox"/> Khác ( )	
	Cân nặng lúc sinh ( )g	•Cân nặng hiện tại ( kg)		•Chiều cao hiện tại ( cm)			
	Mang thai mấy tuần? ( )tuần	Sức khỏe của em bé <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Tên bệnh( )					
Tình trạng sức khỏe	Dinh dưỡng hiện tại	<input type="checkbox"/> Sữa mẹ	<input type="checkbox"/> Sữa mẹ và sữa CT	<input type="checkbox"/> Sữa CT	<input type="checkbox"/> Ăn dặm ( bữa/ngày: Kỳ đầu·Kỳ giữa·Kỳ cuối)	<input type="checkbox"/> Ăn thường	
	Đã khám sức khỏe vào	<input type="checkbox"/> 1 tháng tuổi	<input type="checkbox"/> 3-4 tháng tuổi	<input type="checkbox"/> 6-7 tháng tuổi	<input type="checkbox"/> 9-10 tháng tuổi	<input type="checkbox"/> 1 tuổi <input type="checkbox"/> 1 tuổi 6 tháng <input type="checkbox"/> 3 tuổi	
	Kết quả khám	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường ⇒ Thời điểm khám·Kết luận ( )					
	Có đang điều trị bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính hay đang tư vấn về tình trạng phát triển của trẻ không?	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có⇒ Tên bệnh ( ) Bệnh viện ( ) Nội dung điều trị ( ) Uống thuốc ( <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không) Đi viện ( lần/tuần · tháng · năm )				
	Có từng điều trị bệnh hay vết thương nặng không?	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có⇒ (lúc tuổi tháng ) Tên bệnh ( ) Bệnh viện ( )				
	Thời điểm trẻ làm được những việc sau	•Ngheen cổ ( tháng·chưa ) •Ngồi ( tháng·chưa ) •Bò ( tháng·chưa ) •Vịn để đứng ( tháng·chưa ) •Bắt đầu đi ( tháng·chưa )					
	Dị ứng	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Đồ ăn ⇒ Loại đồ ăn bị dị ứng ( ) <input type="checkbox"/> Hen phế quản <input type="checkbox"/> Viêm da dị ứng <input type="checkbox"/> Khác( )				
	Co giật	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có⇒ ( lần), (lúc tuổi tháng) Nguyên nhân ( )				
	Có chứng nhận khuyết tật hoặc sổ điều trị không	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có⇒ Loại chứng nhận <input type="checkbox"/> Thân thể <input type="checkbox"/> Điều trị <input type="checkbox"/> Tâm thần Mức độ( )				
Tiêm phòng	Hãy đánh dấu vào những mũi trẻ đã tiêm phòng						
	<input type="checkbox"/> Vắc-xin Hib <input type="checkbox"/> Phế cầu khuẩn cho trẻ <input type="checkbox"/> Virus Rota <input type="checkbox"/> Vắc xin 4 trong 1 Bạch hầu, bại liệt, ho gà, uốn ván (DPT-IPV) <input type="checkbox"/> Viêm não Nhật Bản mũi 1 <input type="checkbox"/> Viêm gan B						
<input type="checkbox"/> Lao phổi <input type="checkbox"/> Thủy đậu <input type="checkbox"/> Sởi, Rubella (MR) mũi 1 <input type="checkbox"/> Quai bị <input type="checkbox"/> Sởi, Rubella (MR) mũi 2							
Nhận thức	Hãy khoanh vào đáp án phù hợp		Lớp sơ sinh, 1 tuổi	Lớp 2, 3, 4, 5 tuổi			
	①	Khi bế nựng trẻ trẻ có cười không?	Có·Không	Có·Không			
	②	Khi gọi tên trẻ có quay đầu lại nhìn vào mắt bạn không?	Có·Không	Có·Không			
	③	Trẻ có chỉ tay ra hiệu vào đồ vật muốn bạn lấy hộ không?	Có·Không	Có·Không			
	④	Trẻ có hiểu các câu đơn giản mà người lớn nói như "lại đây" hay "đưa cho ba/mẹ" không?	Có·Không	Có·Không			
	⑤	Từ khi nào trẻ biết nói các từ có nghĩa như mẹ, ô tô,...?	Có·Không	Có·Không			
	⑥	Trẻ đã biết (hoặc đang tập) dùng thìa tự xúc ăn chưa?	Có·Không	Có·Không			
	⑦	Trẻ có hiểu và làm theo những mệnh lệnh đơn giản như "Con mang cái ○○ lại đây" không?	Có·Không	Có·Không			
	⑧	Trẻ có nói những cụm từ đơn giản như "chó đến", "mẹ đưa con" hay không?	Có·Không	Có·Không			
	⑨	Bạn có từng gặp rắc rối vì yêu cầu đặc biệt của trẻ, trẻ đột nhiên cáu giận hay kêu gào bất thường hay không?	Không·Có	Không·Có			
	⑩	Có điều gì lo lắng cho trẻ khi sinh hoạt tập thể không?	Không·Có	Không·Có			
	⑪	Trẻ có tự nói được tên mình không?	/		Có·Không		
	⑫	Trẻ có tự mặc, cởi được quần áo không?	/		Có·Không		
	⑬	Trẻ có nói (hoặc tập nói) những gì xảy ra với mình cho cha mẹ không?	/		Có·Không		
	⑭	Trẻ có giữ lời hứa, tuân thủ luật lệ khi chơi không?	/		Có·Không		
⑮	Bạn có từng gặp rắc rối vì trẻ không chịu ngồi yên một chỗ, bồn chồn bứt rứt, đi thang thang khiến bạn không thể rời mắt hay không?	/		Không·Có			
※Nếu câu ⑨, ⑩, ⑮ là có thì ghi cụ thể:							

Khi có thay đổi về tình trạng sức khỏe của trẻ, hãy nhanh chóng thông báo với Văn phòng phụ trách đăng ký nhà trẻ Nyushitsu Nuyen Tantoshitsu (366-7351) ※Tùy trường hợp mà có thể phải nộp cả Tờ khai về tình hình sức khỏe của trẻ (Mẫu 3-2)