

# 영유아 건강검진 문진표 (30~36개월용)

수검자 성명		주민등록번호	
보호자 성명		수검자와의 관계	
		보호자 연락처	
		E-mail(메일)주소	

영유아건강검진은 **영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인**하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한것이 아닙니다. 이사실을 이해하십니까?  
 예  아니오

1. 아이의 생년월일: \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일      2. 출생시 체중: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ kg (소수 첫째 자리까지)  
 3. 지금까지 실시한 예방접종에 표시하여 주십시오(해당란에 횟수를 표시 하십시오)

	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역,볼거리,풍진	수두	일본뇌염
시행한 횟수									

4. 발달문제로 진단을 받거나, 치료 중인 질환이 있습니까? ①예 ②아니오    있다면 구체적인 진단명은? \_\_\_\_\_

**시각**

	예 ①	아니오 ②
1. 눈을 잘 맞추지 못하거나 눈동자가 흔들립니까?	①	②
2. 정면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	①	②
3. 책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 봅니까?	①	②
4. 아이의 한쪽 눈을 가리고 보게 했을 때 두 눈의 시력이 서로 다르다고 느껴집니까?	①	②

**청각**

	예 ①	아니오 ②
1. 아이가 말하는 단어의 개수가 지속적으로 늘어나고 있습니까?	①	②
2. 두 어절을 이어서 말할 수 있습니까? ('모두 주세요.', '책 읽어줘.' 등)	①	②
3. TV 소리를 다른 사람보다 크게 높립니까?	①	②
4. 아이가 ㅋ, ㅌ, ㅍ, ㅊ 등의 자음이 포함된 단어를 사용할 수 있습니까?	①	②
5. 금성 중이염을 여러 번 앓은 적이 있습니까? (6개월간 4회 이상, 1년간 6회 이상)	①	②

**안전사고 예방 교육**

	예 ①	아니오 ②
1. 아이가 차가 다니는 길에서 노는 때가 있습니까?	①	②
2. 계단, 창문, 베란다 근처에 아이를 위한 안전장치가 있습니까?	①	②
3. 성냥이나 라이터는 아이 손이 닿지 않는 곳에 보관합니까?	①	②
4. 차 안에 아이를 혼자 둔 적이 있습니까?	①	②
5. 다칠 위험이 있는 전기 제품, 전기 코드, 전기 콘센트 등에 아이 손이 닿지 않도록 해 놓습니까?	①	②
6. 약이나 화학제품(표백제, 세제 등), 날카로운 물건 등을 아이 손이 닿지 않도록 보관합니까?	①	②
7. 아이를 승용차에 태울 때 어떻게 하십니까? ① 카시트 사용    ② 보조의자 사용    ③ 안전벨트 착용    ④ 그냥 앉힌다	①	② ③ ④

**전자 미디어 노출 교육**

	예 ①	아니오 ②
1. 아이가 자는 방에서 TV나 인터넷을 사용할 수 있습니까?	①	②
2. TV나 인터넷, 스마트폰 사용에 대한 가정 내의 규칙이 있습니까?	①	②
3. 아이가 스마트폰으로 주로 사용하는 앱이나 게임 영상이 무엇인지 보호자가 알고 있습니까?	①	②
4. 아이가 스마트폰, 인터넷을 사용하거나 TV, 영화, 비디오 등을 볼 때 보호자가 같이 보십니까?	①	②
5. 아이가 스마트폰을 사용할 때 누워서 혹은 엎드려서 보는 경우가 있습니까?	①	②

**영양 교육**

1. 아이의 식욕은 어떻습니까?    ① 좋다    ② 보통이다    ③ 나쁘다	①	②	③
2. 아이가 하루에 몇 개의 식사를 합니까?    ① 1회    ② 2회    ③ 3회    ④ 4회 이상	①	②	③ ④
3. 아이가 하루에 몇 번의 간식을 먹습니까?    ① 1회    ② 2회    ③ 3회 이상	①	②	③
4. 아이가 일주일 동안에 가족과 함께 식사를 하는 날이 며칠이나 됩니까?    ① 1~2일    ② 3~4일    ③ 5일 이상	①	②	③
5. 아이가 생우유를 하루에 얼마나 마십니까? ① 마시지 않는다    ② 200 mL 미만    ③ 200~499 mL    ④ 500~999 mL    ⑤ 1,000 mL 이상	①	②	③ ④ ⑤
6. 아이가 단 음식을 많이 먹습니까? (예: 사탕, 과자, 케이크, 과일주스, 당분이 첨가된 음료 등)    ① 예    ② 아니오	①	②	
7. 아이에게 알레르기가 걱정되어 특정한 식품을 제한한 적이 있습니까?    ① 예    ② 아니오	①	②	
8. 아이가 하루에 1시간 이상 땀이 날 정도의 신체 활동(놀이, 운동 등)을 합니까?    ① 예    ② 아니오	①	②	

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.