

영유아 건강검진 문진표 (4~6개월용)

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

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까?
예 아니오

1. 아이의 생년월일: _____ 년 _____ 월 _____ 일 2. 출생시 체중: _____ . _____ kg (소수 첫째 자리까지)
 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ①예(☞분만 예정일은? _____ 년 _____ 월 _____ 일) ②아니오
 4. 지금까지 실시한 예방접종에 표시하여 주십시오(해당란에 횟수를 표시 하십시오)

	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균
시행한 횟수						

시각

	예 ①	아니오 ②
1. 아이가 눈을 잘 맞춥니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 눈동자의 위치가 이상합니까? (안쪽으로 몰리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 가족 중에 눈과 관련된 유전질환을 가진 사람이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

청각

	예 ①	아니오 ②
1. 큰 소리에 잠에서 깨거나, 놀라거나, 표정 변화 등으로 반응합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 익숙한 목소리를 들으면 조용해지거나 동작을 멈추고 듣는 것처럼 보입니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 다양한 소리(깁깁거림, 깔깔거림, 높은 비명소리 등)를 낼 수 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 출생 후 신생아 집중치료실(중환아실)에 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 신생아기에 청각선별검사(청력검사)를 받았습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 위의 5번 문항이 '예'인 경우 청력검사 결과가 양호(양측 통과 또는 이상 없음)라고 하였습니까? (5번 문항이 '아니오'인 경우 답하지 마세요)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

영아돌연사증후군 예방 교육

	예 ①	아니오 ②
1. 아이를 엎드려 재웁니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 아이의 침대나 요가 폭신합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 아이가 부모와 같은 잠자리(침대, 요 등)에서 함께 잡니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 아이가 깨어 있을 때 배를 바닥에 대고 머리를 든 상태에서 놀 수 있도록 도와줍니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 함께 거주하는 가족이나 아이가 자주 접촉하는 사람 중에 흡연자가 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 집안에서(베란다 포함) 담배를 피우는 사람이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 아이가 탄 승용차 안에서 담배를 피우는 사람이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

안전사고 예방 교육

	예 ①	아니오 ②
1. 아이를 승용차에 태울 때 카시트를 어디에 설치합니까? ① 앞좌석 ② 뒷좌석(카시트나 승용차가 없는 경우 ③)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 아이가 자동차 뒤를 바라보도록 카시트를 설치합니까?(카시트나 승용차가 없는 경우 ③)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 어른 침대나 소파 위에 아이를 잠시라도 혼자 남겨둔 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 목욕통, 욕조나 화장실 안에 아이를 잠시라도 혼자 둔 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 아이를 안은 채 뜨거운 음료를 마신 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

영양 교육

1 공통	아이에게 어떤 것을 주로 먹입니까? ① 모유만(☞ 문항 2~4, 10) ② 분유만(☞ 문항 5~10) ③ 모유와 분유 혼합(☞ 문항 2~10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 모유	모유수유를 언제까지 지속할 계획입니까? ① 6~11개월 ② 12~23개월 ③ 24개월 이상 ④ 잘 모르겠다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 모유	모유수유를 지속하는데 어떤 문제가 있습니까? ① 모유량 ② 모유수유 횟수 ③ 수유 방법 ④ 밤중 수유 ⑤ 기타 ⑥ 문제 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 모유	다음 중 아이 엄마가 섭취하는 것이 있습니까? ① 카페인 음료 ② 술 ③ 담배 ④ 약물 ⑤ 해당 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 공통	이유기 보충식(이유식)을 언제 시작할 예정입니까? ① 4개월 전부터 이미 시작했다 ② 4~6개월 ③ 6개월 이후 ④ 잘 모르겠다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.