

영유아 건강검진 문진표 (9~12개월용)

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						

5. 발달문제로 진단을 받거나, 치료 중인 질환이 있습니까? ①예 ②아니오 있다면 구체적인 진단명은? _____

시각

	예 ①	아니오 ②
1. 아이가 눈을 잘 맞추니까?	<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. 이름을 부르는 소리, 전화 벨소리, 사람 목소리 등에 반응합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 혼자 있을 때도 재잘거리는 응얼이를 합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 소리가 나는 곳을 눈으로 따라가며 봅니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 아이에게 말을 할 때 아이가 집중해서 듣습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 바, 뽀, 모 으로 시작하는 말하는 듯한 소리를 가끔 내기도 합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

안전사고 예방 교육

	예 ①	아니오 ②
1. 아이가 땅콩, 포도, 단추와 같은 조그만 물건을 가지고 놀니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 아이를 보행기에 태운 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 식탁이나 테이블 가장자리에 뜨거운 음료나 음식을 놔 둡니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 목욕통, 욕조나 화장실 안에 아이를 잠시라도 혼자 둔 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 아이가 자동차 뒤를 바라보도록 카시트를 설치합니까? (카시트나 승용차가 없는 경우 ③)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

구강 교육

	예 ①	아니오 ②
1. 아이가 잘 때 분유병이나 젖을 물고 잡니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 분유병을 떼는 연습을 하고 계십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 아이에게 충치가 있다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 아이의 치아 중 흰 반점이 보이는 치아가 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 아이의 구강 위생 수준은 양호하다고 생각 하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 아이의 치아를 규칙적으로 닦아주십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

영양 교육

1. 이유기 보충식(이유식)을 하루에 몇 번 합니까? ① 1회 ② 2회 ③ 3회 ④ 4회 이상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 이유기 보충식(이유식)으로 어떤 음식을 줍니까? (해당되는 곳에 모두 표시하십시오) ① 곡류 ② 채소 ③ 과일 ④ 달걀 ⑤ 생선 ⑥ 고기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 현재 아이에게 먹이는 것은 무엇입니까? (해당되는 곳에 모두 표시하십시오) ① 모유 ② 일반 분유 ③ 특수 분유 ④ 생우유 ⑤ 발효 유제품 (치즈/플레인 요거트 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 다음 중에서 아이에게 먹여 본 음식이 있습니까? (해당되는 곳에 모두 표시하십시오) ① 선식 ② 꿀 ③ 소금이나 설탕 ④ 해당 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부담이득금으로 환수됩니다.