



영유아건강검진 문진표 66~71개월용

| | | |
|--------|----------|--------------|
| 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 아니요

1. 아이의 생년월일 : ____년 ____월 ____일 2. 출생 시 체중 : □.□□ kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지)
 3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? ____년 ____월 ____일 혹은 재태연령 ____주 ____일) ② 아니요
 4. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

| 예방 접종 시행 횟수 | 비씨지 | B형 간염 | 디피티 | 소아마비 (폴리오) | 폐구균 | B형 헤모필루스균 | 홍역·볼거리·풍진 | 수두 | 일본뇌염 |
|-------------|-----|-------|-----|------------|-----|-----------|-----------|----|------|
| | | | | | | | | | |

5. 발달 문제로 진단을 받거나 치료 중인 질환이 있습니까? ① 예 ② 아니요 (있다면 구체적인 진단명은? _____)

안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

| | | | |
|---|-------------------------------------------|---|---|
| 1 | 아이가 자전거나 인라인 스케이트를 탈 때 항상 헬멧, 보호대를 사용합니까? | ① | ② |
| 2 | 아이 혼자 길을 건너다니는 적이 있습니까? | ① | ② |
| 3 | 자동차 이동 시 카시트나 보조의자를 반드시 사용합니까? | ① | ② |
| 4 | 화재 발생 시 신고하는 번호를 아이가 알고 있습니까? | ① | ② |
| 5 | 놀이터에서 아이를 혼자 놀게 한 적이 있습니까? | ① | ② |

취학 전 준비 교육

① 예 ② 아니요

| | | | |
|---|----------------------------------------------------|---|---|
| 1 | 아이가 어린이집이나 유치원 수업시간 동안 한 자리에 앉아 있을 수 있습니까? | ① | ② |
| 2 | 아이가 자고 일어나는 시간이 규칙적입니까? | ① | ② |
| 3 | 아이가 다른 친구들과 잘 어울려 놀니까?(예 : 아이가 친구와 놀면서 양보할 줄 압니까?) | ① | ② |
| 4 | 아이가 어른의 지시를 따르고 부모님이나 선생님이 정해진 규칙을 지킵니까? | ① | ② |
| 5 | 아이가 자신이 하고자 하는 말을 분명하고 조리 있게 말할 수 있습니까? | ① | ② |
| 6 | 아이가 도움이 필요할 때 다른 사람에게 도움을 요청할 수 있습니까? | ① | ② |
| 7 | 아이가 숫자를 20까지 세고 손가락으로 한 자릿수 덧셈을 할 수 있습니까? | ① | ② |
| 8 | 아이가 대소변을 보고 난 뒤, 혼자서 처리할 수 있습니까? | ① | ② |
| 9 | 아이가 산만하거나 집중력이 떨어진다고 생각하십니까? | ① | ② |

영양 교육

① 예 ② 아니요

| | | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 1 | 아이가 건강한 식습관을 가지고 있습니까? | ① | ② |
| 2 | 아이가 매일 아침식사를 합니까? | ① | ② |
| 3 | 아이가 물 대신 음료수, 과일주스를 선호하여 자주 마십니까? | ① | ② |
| 4 | 아이가 매일 유제품(우유, 플레인 요거트, 치즈 등)을 먹습니까? | ① | ② |
| 5 | 아이가 일반우유 대신 저지방우유를 마시고 있습니까? | ① | ② |
| 6 | 아이가 매일 다양한 잡곡, 채소, 과일을 섭취하고 있습니까? | ① | ② |
| 7 | 아이가 간식이나 외식 시 달고 짜고 기름진 인스턴트 식품이나 패스트푸드를 자주 먹습니까?(예를 들어, 과자, 아이스크림, 햄버거, 치킨, 피자 등) | ① | ② |
| 8 | 아이가 학습 외의 목적으로 TV, 동영상, 스마트폰, 컴퓨터, 게임 등을 하는 시간이 하루 2시간 이상입니까? | ① | ② |
| 9 | 아이가 하루 1시간 이상 숨차고 땀이 날 정도로 뛰어 놀거나 운동을 합니까? | ① | ② |

청각 관련

① 예 ② 아니요

| | | | |
|---|----------------------------------------------|---|---|
| 1 | 출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 아이가 5일 이상 입원한 적이 있습니까? | ① | ② |
| 2 | 가족(부모나 친척) 중 어려서부터 청력저하(난청)를 가진 사람이 있습니까? | ① | ② |
| 3 | 아이의 듣기와 말하기에서 걱정되는 문제가 있습니까? | ① | ② |
| 4 | 원활한 초등학교 생활을 위해 아이가 청력검사(순음 청력검사)를 받았습니까? | ① | ② |
| 5 | 아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까? | ① | ② |
| 6 | 아이의 한쪽 또는 양쪽 귀에 보청기 또는 인공와우를 착용하고 있습니까? | ① | ② |

개인위생 관련

① 예 ② 아니요

| | | | |
|---|----------------------------------------------------|---|---|
| 1 | 아이가 만6세 이전에 받아야 하는 모든 정기 예방접종을 완료하였습니까? | ① | ② |
| 2 | 아이가 기침이나 재채기를 할 때에 무엇으로 가리고 합니까? ① 손 ② 옷소매 | ① | ② |
| 3 | 아이가 코를 풀거나 손으로 가리고 기침이나 재채기를 한 경우 항상 손을 씻도록 가르칩니까? | ① | ② |

시각 관련

① 예 ② 아니요

| | | | |
|---|----------------------------------------|---|---|
| 1 | 영유아건강검진을 통해 의뢰를 권유받아 안과를 방문하신 적이 있습니까? | ① | ② |
|---|----------------------------------------|---|---|

※ 정해진 검진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진 비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

210mmx279mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]