

(Phụ lục Mẫu số 7)

* Hãy xác nhận cơ quan khám sức khỏe trẻ em thông qua trang web của Cơ quan bảo hiểm sức khỏe quốc dân(www.nhis.or.kr) và chi nhánh (thống nhất trên toàn quốc 1577-1000)

Nơi in địa chỉ

Thay thế cho **phiếu khám sức khỏe trẻ em.**

GIẤY XÁC NHẬN ĐỐI TƯỢNG KIỂM TRA SỨC KHỎE TRẺ EM (Dành đề nộp cho cơ quan khám)

Họ tên	Số CMND		
Số thẻ bảo hiểm sức khỏe	Chi nhánh quản lý		
Thời kỳ kiểm tra và giai đoạn kiểm tra			
Thời kỳ kiểm tra	Giai đoạn kiểm tra	Nơi thông báo	Có được kiểm tra hay không
4 tháng tuổi	Kiểm tra sức khỏe(4 ~ 6 tháng tuổi)	Số trạm y tế/Cơ quan bảo hiểm sức khỏe quốc dân	Đã hoàn thành/ Giai đoạn bị bỏ qua/ Đối tượng
9 tháng tuổi	Kiểm tra sức khỏe(9 ~ 12 tháng tuổi)	“	“
18 tháng tuổi	Kiểm tra sức khỏe(18 ~ 24 tháng tuổi)	“	“
	Kiểm tra răng miệng (18 ~ 29 tháng tuổi)		
30 tháng tuổi	Kiểm tra sức khỏe(30 ~ 36 tháng tuổi)	“	“
42 tháng tuổi	Kiểm tra sức khỏe(42 ~ 48 tháng tuổi)	“	“
	Kiểm tra răng miệng (42 ~ 53 tháng tuổi)		
54 tháng tuổi	Kiểm tra sức khỏe(54 ~ 60 tháng tuổi)	“	“
	Kiểm tra răng miệng (54 ~ 65 tháng tuổi)		
66 tháng tuổi	Kiểm tra sức khỏe(66 ~ 71 tháng tuổi)	“	“

CÁC MỤC KIỂM TRA

KIỂM TRA SỨC KHỎE TRẺ EM	KIỂM TRA RĂNG MIỆNG TRẺ EM
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Câu hỏi và khám: bảng câu hỏi, câu hỏi kiểm tra thính giác, kiểm tra thị giác (thị lực)<input type="radio"/> Đo thể chất: chiều cao, cân nặng (chỉ số khối cơ thể), vòng đầu<input type="radio"/> Giáo dục sức khỏe: đề phòng tai nạn, chế độ dinh dưỡng, giấc ngủ, răng miệng, đi vệ sinh, tình cảm và giao tiếp xã hội, vệ sinh cá nhân, giáo dục trước khi đi học, hút thuốc thụ động<input type="radio"/> Tư vấn và đánh giá mức độ phát triển: Tư vấn và kiểm tra dựa trên phương pháp Kiểm tra phân loại sự phát triển của trẻ nhỏ của Hàn Quốc	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Câu hỏi và khám răng miệng: bảng câu hỏi, kiểm tra răng, kiểm tra sức khỏe răng miệng...<input type="radio"/> Giáo dục đảm bảo sức khỏe răng miệng: giáo dục cho người bảo hộ và trẻ em bằng cách sử dụng số tay hướng dẫn

Người đến khám không phải chịu bất kỳ loại chi phí kiểm tra nào

Xác nhận rằng người có tên trên là đối tượng khám sức khỏe trẻ em

Cơ quan bảo hiểm sức khỏe quốc dân Trưởng chi nhánh(Ký tên)

- Chú thích) 1. Khám sức khỏe trẻ em là chương trình gồm 10 lần khám từ sau sinh từ 4 tháng đến 71 tháng tuổi (bao gồm 3 lần kiểm tra sức khỏe răng miệng)
2. Nếu kiểm tra vượt quá số lần kiểm tra thì chi phí kiểm tra sẽ bị thu lại.
3. Nếu làm mất phiếu kiểm tra sức khỏe trẻ em thì có thể liên lạc với Cơ quan bảo hiểm sức khỏe quốc dân (điện thoại: trung tâm chăm sóc khách hàng 1577-1000) để xin tái cấp và kiểm tra thông tin về đối tượng kiểm tra, cơ quan kiểm tra, kết quả kiểm tra... trên website của Cơ quan bảo hiểm sức khỏe quốc dân (www.nhis.or.kr).
4. Chi phí kiểm tra sức khỏe của người tham gia bảo hiểm sức khỏe do Cơ quan bảo hiểm thanh toán, chi phí kiểm tra sức khỏe của người có quyền nhận trợ cấp y tế do nhà nước và cơ quan y tế thanh toán toàn bộ, vì thế, trẻ em được khám sức khỏe miễn phí.
5. Người có quyền nhận trợ cấp y tế được 'khuyến cáo đánh giá chi tiết' trong kết quả kiểm tra quá trình phát triển từ 9 tháng trở lên và người tham gia bảo hiểm sức khỏe dưới 30% mức thấp nhất của tiền bảo hiểm sức khỏe được nhà nước hỗ trợ tiền kiểm tra sức khỏe cụ thể của quá trình phát triển, vì vậy, hãy hỏi trạm y tế (viện y tế) phụ trách.

Bảng câu hỏi khám sức khỏe dành cho trẻ sơ sinh (4~6 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám	Số CMND	Số liên lạc của người bảo hộ
Họ tên người bảo hộ	Quan hệ với người đến khám	Địa chỉ Email

※ Nếu Quý vị khám quá số lần quy định thì chi phí khám đó sẽ được thu lại như là tiền hưởng lợi ích vượt mức.

1. Ngày tháng năm sinh của trẻ: _____ Năm ____ Tháng ____ Ngày

2. Trọng lượng khi mới sinh: _____ . _____ kg (Ghi đến số thập phân đầu tiên)

3. Trẻ có bị sinh non không? ① Có (≡ Ngày sinh dự kiến? Năm ____ Tháng ____ Ngày) ② Không

4. Hãy đánh dấu vào loại tiêm phòng đã thực hiện cho đến nay (Hãy ghi số lần vào ô tương ứng)

	BCG	Bệnh viêm gan B	DPT	Bệnh bại liệt ở trẻ nhỏ (Sốt bại liệt)	Phế cầu khuẩn	Vi khuẩn Haemophilus loại B
Số lần đã tiến hành						

Thị giác

Có① Không②

1	Mắt trẻ có nhìn thẳng được không?	① ②
2	Vị trí đồng tử có khác thường không? (Đồng tử có bị lệch vào trong hoặc hướng ra ngoài, không nhìn quy tụ vào một điểm không?)	① ②
3	Con ngươi đen (đồng tử) có bị mờ đục không?	① ②
4	Trong gia đình có người nào bị bệnh di truyền liên quan đến mắt không?	① ②

Thính giác

Có① Không②

1	Trẻ có bị tỉnh giấc hay giật mình vì tiếng động lớn hay phản ứng với sự biến đổi nét mặt không?	① ②
2	Trẻ có biểu hiện yên lặng hơn hoặc dừng các động tác lại và lắng nghe nếu nghe thấy giọng nói quen thuộc không?	① ②
3	Trẻ có thể phát ra các âm thanh đa dạng (tiếng la hét, tiếng cười giòn, tiếng hò hét đình tai v.v.) không?	① ②
4	Trẻ có từng nằm viện hơn 5 ngày ở phòng điều trị nội trú (Phòng điều trị cho trẻ bệnh nặng) sau khi sinh không?	① ②
5	Trẻ đã được kiểm tra sàng lọc thính lực (kiểm tra thính giác) lúc mới sinh chưa?	① ②
6	Trong trường hợp trả lời là 'Có' ở câu 5 phía trên thì kết quả kiểm tra thính giác có tốt (Hai bên tai đều đạt hoặc không có gì bất thường) không? (Trong trường hợp trả lời là 'Không' ở câu 5 thì không cần trả lời câu này)	① ②

Giáo dục phòng ngừa hội chứng đột tử ở trẻ em

Có① Không②

1	Quý vị có để trẻ nằm sấp không?	① ②
2	Giường hoặc tấm trải có mềm không?	① ②
3	Trẻ có ngủ cùng chỗ với bố mẹ (giường, tấm trải, v.v.) không?	① ②
4	Khi trẻ thức, Quý vị có để trẻ chơi trong tư thế nằm sấp bụng xuống và nâng đầu lên không?	① ②
5	Trong số các thành viên trong gia đình cùng chung sống hoặc người mà trẻ hay tiếp xúc thì có ai hút thuốc lá không?	① ②
6	Có ai hút thuốc lá trong nhà (Bao gồm cả ở ban công) không?	① ②
7	Có ai hút thuốc lá trong xe chở trẻ đi không?	① ②

Giáo dục đề phòng tai nạn

Có① Không②

1	Quý vị lắp đặt ghế ngồi ô tô dành cho trẻ em ở đâu khi cho trẻ ngồi trong xe? ① Ghế trước ② Ghế sau (Trường hợp không có xe ô tô hay ghế ngồi ô tô cho trẻ ③)	① ② ③
2	Quý vị có lắp đặt ghế ngồi ô tô sao cho trẻ nhìn về phía sau ô tô không? (Trường hợp không có xe ô tô hay ghế ngồi ô tô cho trẻ ③)	① ② ③
3	Quý vị có từng để trẻ lại một mình dù chỉ một lát trên ghế sofa hoặc trên giường của người lớn không?	① ②
4	Quý vị có từng để trẻ lại một mình dù chỉ một lát trong chậu tắm, bồn tắm hay nhà vệ sinh không?	① ②
5	Quý vị có từng uống thức uống nóng khi vẫn đang ôm hay bế trẻ không?	① ②

Giáo dục dinh dưỡng

1 Chung	Quý vị chủ yếu cho trẻ ăn gì? ① Chỉ bú sữa mẹ(≡ Câu 2~4, 10) ② Chỉ uống sữa bột(≡ Câu 5~10) ③ Sử dụng hỗn hợp cả sữa mẹ và sữa bột(≡ Câu 2~10)	① ② ③
2 Sữa mẹ	Quý vị có kế hoạch tiếp tục cho trẻ bú sữa mẹ đến khi nào? ① 6~11 tháng tuổi ② 12~23 tháng tuổi ③ Trên 24 tháng tuổi ④ Không biết rõ	① ② ③ ④
3 Sữa mẹ	Quý vị gặp vấn đề gì nếu tiếp tục cho trẻ bú sữa mẹ? ① Lượng sữa mẹ ② Số lần cho trẻ bú sữa mẹ ③ Cách cho trẻ bú ④ Cho trẻ bú vào ban đêm ⑤ Khác ⑥ Không có vấn đề gì	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
4 Sữa mẹ	Mẹ của trẻ có sử dụng một trong các loại chất sau không? ① Đồ uống có chứa caffeine ② Rượu ③ Thuốc lá ④ Thuốc uống ⑤ Không sử dụng	① ② ③ ④ ⑤
5 Sữa bột	Trẻ uống bao nhiêu sữa bột một ngày? ① Dưới 500 mL ② 500~999 mL ③ Trên 1,000 mL	① ② ③
6 Sữa bột	Quý vị có dùng nước đun sôi để nguội khi pha sữa bột không? ① Có ② Không	① ②
7 Sữa bột	Quý vị hâm nóng lại sữa bột đã pha từ trước đó bằng cách nào? ① Hấp cách thủy ② Lò vi sóng ③ Khác	① ② ③
8 Sữa bột	Quý vị đã chọn lựa loại sữa bột hiện đang cho trẻ uống bằng cách nào? ① Lựa chọn của người bảo hộ ② Lời khuyên của bác sĩ	① ②
9 Sữa bột	Quý vị xử lý sữa bột còn thừa lại sau khi cho trẻ uống như thế nào? ① Bảo quản rồi lại cho trẻ uống ② Bỏ đi	① ②
10 Chung	Quý vị dự định khi nào sẽ bắt đầu cho trẻ ăn thức ăn cai sữa (Thức ăn dặm)? ① Đã bắt đầu từ trước khi trẻ được 4 tháng tuổi ② 4~6 tháng tuổi ③ Sau 6 tháng tuổi ④ Không biết rõ	① ② ③ ④

Bảng câu hỏi khám sức khỏe dành cho trẻ em (Dùng cho trẻ 9~12 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám		Số CMND		Số liên lạc của người bảo hộ	
Họ tên người bảo hộ		Quan hệ với người đến khám		Địa chỉ Email	

※ Nếu Quý vị khám quá số lần quy định thì chi phí khám đó sẽ được thu lại như là tiền hưởng lợi ích vượt mức .

1. Ngày tháng năm sinh của trẻ: _____ Năm _____ Tháng _____ Ngày _____

2. Trọng lượng khi mới sinh: . kg (Ghi đến số thập phân đầu tiên)

3. Trẻ có bị sinh non không? ① Có (☞ Ngày sinh dự kiến? _____ Năm _____ Tháng _____ Ngày) ② Không

4. Hãy đánh dấu vào loại tiêm phòng đã thực hiện cho đến nay (Hãy ghi số lần vào ô tương ứng)

	BCG	Bệnh viêm gan B	DPT	Bệnh bại liệt ở trẻ nhỏ (Sốt bại liệt)	Phế cầu khuẩn	Vi khuẩn Haemophilus loại B
Số lần đã tiến hành						

5. Trẻ có bị chuẩn đoán gặp vấn đề về phát triển hoặc có bệnh đang trong quá trình điều trị không? ① Có ② Không
 Nếu có thì chuẩn đoán đó cụ thể là gì? _____

 **Thị giác** Có① Không②

1	Mắt trẻ có nhìn thẳng được không?	① ②
2	Vị trí đồng tử có khác thường không? (Đồng tử có bị lệch vào trong hoặc hướng ra ngoài, không nhìn quy tụ vào một điểm không?)	① ②
3	Con người đen (đồng tử) có bị mờ đục không?	① ②
4	Trong gia đình có người nào bị bệnh di truyền liên quan đến mắt không?	① ②

 **Thính giác** Có① Không②

1	Trẻ có phản ứng với tiếng gọi tên, tiếng chuông điện thoại, giọng nói của người khác v.v. không?	① ②
2	Trẻ có nói bi bô ngay cả khi ở một mình không?	① ②
3	Trẻ có hướng mắt nhìn vào nơi có tiếng động không?	① ②
4	Trẻ có tập trung lắng nghe khi Quý vị nói chuyện với trẻ không?	① ②
5	Đôi khi trẻ có phát ra âm thanh như thể đang nói từ bắt đầu bằng âm b, bb, m không?	① ②

 **Giáo dục đề phòng tai nạn** Có① Không②

1	Trẻ có cầm chơi những đồ vật nhỏ như đậu phộng, nho, cúc áo không?	① ②
2	Quý vị có cho trẻ dùng xe tập đi không?	① ②
3	Quý vị có để thức ăn hay đồ uống nóng ở gần cạnh bàn hay bàn ăn không?	① ②
4	Quý vị có từng để trẻ lại một mình dù chỉ một lát trong chậu tắm, bồn tắm hay nhà vệ sinh không?	① ②
5	Quý vị có lắp đặt ghế ngồi ô tô sao cho trẻ nhìn về phía sau ô tô không? (Trường hợp không có xe ô tô hay ghế ngồi ô tô cho trẻ ③)	① ② ③

 **Giáo dục về sức khỏe răng miệng** Có① Không②

1	Trẻ có ngậm ti hay bình sữa khi ngủ không?	① ②
2	Quý vị có luyện tập để cai ngậm bình sữa cho trẻ không?	① ②
3	Quý vị có nghĩ rằng trẻ có răng sâu không?	① ②
4	Trong số các răng của trẻ có răng nào xuất hiện vết trắng đục không?	① ②
5	Quý vị có nghĩ rằng việc vệ sinh răng miệng của trẻ đang ở mức độ tốt không?	① ②
6	Quý vị có đánh răng đều đặn cho trẻ không?	① ②

 **Giáo dục dinh dưỡng**

1	Quý vị cho trẻ ăn thức ăn cai sữa (Thức ăn dặm) mấy lần một ngày? ① 1 lần ② 2 lần ③ 3 lần ④ 4 lần trở lên	① ② ③ ④
2	Quý vị cho trẻ ăn thức ăn cai sữa (Thức ăn dặm) bằng loại thực phẩm nào? (Hãy biểu thị vào tất cả các mục tương ứng) ① Ngũ cốc ② Rau ③ Hoa quả ④ Trứng gà ⑤ Cá ⑥ Thịt	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
3	Hiện tại Quý vị cho trẻ ăn gì? (Hãy biểu thị vào tất cả các mục tương ứng) ① Sữa mẹ ② Sữa bột thông thường ③ Sữa bột đặc biệt ④ Sữa tươi ⑤ Sản phẩm sữa lên men (Pho mát/Sữa chua trắng v.v.)	① ② ③ ④ ⑤
4	Trong số các loại thức ăn sau, có loại nào mà Quý vị đã từng cho trẻ ăn không? (Hãy biểu thị vào tất cả các mục tương ứng) ① Bột ngũ cốc ② Mật ong ③ Muối hoặc đường ④ Không có	① ② ③ ④

Bảng câu hỏi khám sức khỏe dành cho trẻ em (Dùng cho trẻ 18~24 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám	Số CMND	Số liên lạc của người bảo hộ
Họ tên người bảo hộ	Quan hệ với người đến khám	Địa chỉ Email

※ Nếu Quý vị khám quá số lần quy định thì chi phí khám đó sẽ được thu lại như là tiền hưởng lợi ích vượt mức .

1. Ngày tháng năm sinh của trẻ: _____ Năm _____ Tháng _____ Ngày _____
 2. Trọng lượng khi mới sinh: _____ . _____ kg (Ghi đến số thập phân đầu tiên)
 3. Trẻ có bị sinh non không? ① Có (Ngày sinh dự kiến? _____ Năm _____ Tháng _____ Ngày _____) ② Không
 4. Hãy đánh dấu vào loại tiêm phòng đã thực hiện cho đến nay (Hãy ghi số lần vào ô tương ứng)

	BCG	Bệnh viêm gan B	DPT	Bệnh bại liệt ở trẻ nhỏ (Sốt bại liệt)	Phế cầu khuẩn	Vi khuẩn Haemophilus loại B	Bệnh sởi, quai bị, sởi Đức	Bệnh thủy đậu	Bệnh viêm não Nhật Bản
Số lần đã tiến hành									

5. Trẻ có bị chuẩn đoán gặp vấn đề về phát triển hoặc có bệnh đang trong quá trình điều trị không? ① Có ② Không
 Nếu có thì chuẩn đoán đó cụ thể là gì?

Thị giác Có① Không②

1	Mắt trẻ không nhìn thẳng hoặc đồng tử di chuyển liên tục?	① ②
2	Con người đen (đồng tử) có bị mờ đục không?	① ②
3	Khi nhìn về phía trước (đồ vật ở phía trước), trẻ có thường xoay đầu sang một bên hoặc vươn người để nhìn không?	① ②
4	Trẻ có lại gần hoặc nheo mắt khi xem sách/tivi/ đồ vật v.v. không?	① ②

Thính giác Có① Không②

1	Trẻ có thể nhận biết được âm thanh có âm lượng bình thường phát ra từ tất cả các hướng không?	① ②
2	Trẻ có hiểu và phản ứng với các câu hỏi đơn giản yêu cầu trả lời Có/Không như “Có đôi không?”, “Có buồn tiêu không?” không?	① ②
3	Trẻ có thể nói được tên mình (dù không chính xác) không?	① ②
4	Trẻ có thể chỉ vào bức tranh đúng nếu nói với trẻ về bức tranh có trong sách không?	① ②
5	Trẻ có nghe và hiểu được các nội dung chỉ thị đơn giản (Đưa cốc đây, đem quả bóng lại đây v.v.) không?	① ②

Giáo dục đề phòng tai nạn Có① Không②

1	Quý vị có để thuốc, chất hóa học (bột giặt, chất tẩy v.v.), đồ vật sắc nhọn xa tầm tay trẻ không?	① ②
2	Quý vị có đặt giường trẻ ở xa cửa sổ hoặc rèm che không?	① ②
3	Quý vị có xoay tay nắm của các dụng cụ nhà bếp để trên bếp ga ra xa khỏi tầm tay trẻ không?	① ②
4	Quý vị có từng để trẻ lại một mình dù chỉ một lát trong nhà tắm hay bồn tắm không?	① ②
5	Quý vị làm thế nào khi cho trẻ ngồi trong xe ô tô? ① Sử dụng ghế ngồi ô tô dành cho trẻ ② Sử dụng ghế phụ ③ Thắt dây an toàn ④ Cứ đặt trẻ ngồi xuống	① ② ③ ④

Giáo dục thói quen đi vệ sinh Có① Không②

1	Khoảng cách giữa các lần đi tiểu tiện của trẻ đang tăng dần lên so với trước đây? (Khoảng 2 tiếng)	① ②
2	Trẻ có thể tự mình cởi quần được không?	① ②
3	Trẻ có thể nghe hiểu hoặc biểu hiện được các từ mang ý nghĩa đại tiểu tiện (xi ị, xi tè v.v.) không?	① ②
4	Trẻ có để ý đến bộ hay bồn cầu dành cho trẻ em không?	① ②
5	Trẻ có đi đại tiện đều đặn mà không gặp khó khăn gì không?	① ②
6	Quý vị có từng thử tập cho trẻ thói quen đi vệ sinh không?	① ②

Giáo dục dinh dưỡng

1	Trẻ có đều đặn ăn vào một thời gian nhất định tại một địa điểm cố định không? ① Có ② Không	① ②
2	Trẻ có đang sử dụng bình sữa không? ① Có ② Không	① ②
3	Quý vị nêm mắm muối thế nào khi nấu đồ ăn cho trẻ? ① Nêm mắm muối giống như đồ ăn của người lớn ② Chuẩn bị đồ ăn nhạt hơn so với đồ ăn của người lớn ③ Không nêm mắm muối vào đồ ăn của trẻ	① ② ③
4	Trẻ uống bao nhiêu nước hoa quả hay đồ uống có đường (Ví dụ: đồ uống có ga, nước uống thể thao, đồ uống dành cho trẻ em v.v.) trong một ngày? ① Dưới 200 mL (Một cốc to) ② 200~499 mL ③ Trên 500 mL	① ② ③
5	Quý vị cho trẻ ăn loại thực phẩm nào trong một ngày? (Hãy biểu thị vào tất cả các mục tương ứng) ① Ngũ cốc ② Rau ③ Hoa quả ④ Thịt/Cá/Trứng/Đậu ⑤ Sữa và sản phẩm làm từ sữa ⑥ Khác	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
6	Phản ứng của trẻ khi ăn như thế nào? ① Ăn đều các món được cho ② Chỉ ăn hai loại đồ ăn ưa thích ③ Không kén ăn nhưng ăn ít ④ Không thích đồ ăn phải nhai ⑤ Không quan tâm tới đồ ăn	① ② ③ ④ ⑤
7	Quý vị có thấy khoảng thời gian ăn cùng với trẻ vui không? ① Có ② Không	① ②
8	Quý vị có cho trẻ sử dụng các thực phẩm chức năng tốt cho sức khỏe ngoài các bữa ăn không? (Ví dụ: Vitamin, nguyên tố vi lượng, thuốc nhuận tràng, hồng sâm v.v.) ① Có ② Không	① ②

Bảng câu hỏi khám sức khỏe dành cho trẻ em (Dùng cho trẻ 30~36 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám	Số CMND	Số liên lạc của người bảo hộ
Họ tên người bảo hộ	Quan hệ với người đến khám	Địa chỉ Email

※ Quý vị khám quá số lần quy định thì chi phí khám đó sẽ được thu lại như là tiền hưởng lợi ích vượt mức.

1. Ngày tháng năm sinh của trẻ: Năm _____ Tháng _____ Ngày _____
 2. Trọng lượng khi mới sinh: _____ kg (Ghi đến số thập phân đầu tiên)
 3. Hãy đánh dấu vào loại tiêm phòng đã thực hiện cho đến nay (Hãy ghi số lần vào ô tương ứng)

	BCG	Bệnh viêm gan B	DPT	Bệnh bại liệt ở trẻ nhỏ (Sốt bại liệt)	Phế cầu khuẩn	Vi khuẩn Haemophilus loại B	Bệnh sởi, quai bị, sởi Đức	Bệnh thủy đậu	Bệnh viêm não Nhật Bản
Số lần đã tiến hành									

4. Trẻ có bị chuẩn đoán gặp vấn đề về phát triển hoặc có bệnh đang trong quá trình điều trị không? ① Có ② Không
 Nếu có thì chuẩn đoán đó cụ thể là gì? _____

Thị giác Có① Không②

1	Mắt trẻ không nhìn thẳng hoặc đồng tử di chuyển liên tục?	① ②
2	Khi nhìn về phía trước (đồ vật ở phía trước), trẻ có thường xoay đầu sang một bên hoặc vron người để nhìn không?	① ②
3	Trẻ có lại gấn hoặc nheo mắt khi xem sách/tivi/ đồ vật v.v. không?	① ②
4	Có cảm giác thị lực hai mắt của trẻ khác nhau khi thử che một mắt không?	① ②

Thính giác Có① Không②

1	Số lượng từ vựng mà trẻ nói được có đang tăng lên liên tục không?	① ②
2	Trẻ có thể nói kết hợp hai ngữ đoạn liền nhau không? ('Đưa tất cả.', 'Đọc sách.' v.v.)	① ②
3	Trẻ có xem ti vi với âm lượng lớn hơn người khác không?	① ②
4	Trẻ có thể sử dụng từ vựng có các phụ âm kh, th, p, k v.v. không?	① ②
5	Trẻ có từng bị viêm tai giữa cấp tính nhiều lần không? (Trên 4 lần trong vòng 6 tháng, trên 6 lần trong vòng 1 năm)	① ②

Giáo dục đề phòng tai nạn Có① Không②

1	Quý vị có từng để trẻ chơi trên đường xe chạy không?	① ②
2	Quý vị có lắp đặt thiết bị bảo vệ an toàn cho trẻ ở gần cầu thang, cửa sổ, ban công không?	① ②
3	Quý vị có bảo quản diêm hay bật lửa ở nơi trẻ không với tay tới được không?	① ②
4	Quý vị có từng để trẻ lại trong xe ô tô một mình không?	① ②
5	Quý vị có để các đồ có nguy cơ làm trẻ bị thương như các loại đồ điện, phích cắm điện, ổ cắm điện v.v. ở nơi trẻ không với tay tới được không?	① ②
6	Quý vị có để thuốc, chất hóa học (bột giặt, chất tẩy v.v.), đồ vật sắc nhọn xa tầm tay trẻ không?	① ②
7	Quý vị làm thế nào khi cho trẻ ngồi trong xe ô tô? ① Sử dụng ghế ngồi ô tô dành cho trẻ ② Sử dụng ghế phụ ③ Thắt dây an toàn ④ Cúi đặt trẻ ngồi xuống	① ② ③ ④

Giáo dục về việc cho trẻ tiếp xúc với các phương tiện truyền thông điện tử Có① Không②

1	Trẻ có thể sử dụng mạng internet hay ti vi trong phòng ngủ được không?	① ②
2	Quý vị có đề ra nội quy gia đình về việc sử dụng điện thoại thông minh, mạng internet hay ti vi không?	① ②
3	Người bảo hộ có biết các chương trình ứng dụng hay hình ảnh trò chơi mà trẻ sử dụng chủ yếu trên điện thoại thông minh là gì không?	① ②
4	Người bảo hộ có cùng xem ti vi, phim, video, hay sử dụng mạng internet, điện thoại thông minh với trẻ không?	① ②
5	Trẻ có khi nào nằm ngửa hay nằm sấp khi sử dụng điện thoại thông minh không?	① ②

Giáo dục dinh dưỡng

1	Sức ăn của trẻ như thế nào? ① Tốt ② Bình thường ③ Không tốt	① ② ③
2	Một ngày trẻ ăn mấy bữa? ① 1 bữa ② 2 bữa ③ 3 bữa ④ 4 lần trở lên	① ② ③ ④
3	Một ngày trẻ ăn mấy bữa dặm? ① 1 bữa ② 2 bữa ③ 3 bữa trở lên	① ② ③
4	Trẻ ăn cùng với gia đình mấy ngày trong một tuần? ① 1~2 ngày ② 3~4 ngày ③ Trên 5 ngày	① ② ③
5	Trẻ uống bao nhiêu sữa tươi một ngày? ① Không uống ② Dưới 200 mL ③ 200~499 mL ④ 500~999 mL ⑤ Trên 1,000 mL	① ② ③ ④ ⑤
6	Trẻ có ăn nhiều đồ ngọt không? (Ví dụ: Kẹo, quả bánh, bánh ngọt, nước hoa quả, đồ uống có đường v.v.) ① Có ② Không	① ②
7	Quý vị có từng hạn chế cho trẻ ăn một số loại thực phẩm đặc biệt vì lo trẻ bị dị ứng không? ① Có ② Không	① ②
8	Trẻ có hoạt động thể lực đến mức toát mồ hôi (chơi, vận động v.v.) hơn 1 tiếng một ngày không? ① Có ② Không	① ②

Bảng câu hỏi khám sức khỏe dành cho trẻ em (Dùng cho trẻ 42~48 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám	Số CMND	Số liên lạc của người bảo hộ
Họ tên người bảo hộ	Quan hệ với người đến khám	Địa chỉ Email

※ Nếu Quý vị khám quá số lần quy định thì chi phí khám đó sẽ được thu lại như là tiền hưởng lợi ích vượt mức.

1. Ngày tháng năm sinh của trẻ: _____ Năm _____ Tháng _____ Ngày _____

2. Trọng lượng khi mới sinh: _____ . _____ kg (Ghi đến số thập phân đầu tiên)

3. Hãy đánh dấu vào loại tiêm phòng đã thực hiện cho đến nay (Hãy ghi số lần vào ô tương ứng)

	BCG	Bệnh viêm gan B	DPT	Bệnh bại liệt ở trẻ nhỏ (Sốt bại liệt)	Phế cầu khuẩn	Vi khuẩn Haemophilus loại B	Bệnh sởi, quai bị, sởi Đức	Bệnh thủy đậu	Bệnh viêm não Nhật Bản
Số lần đã tiến hành									

4. Trẻ có bị chuẩn đoán gặp vấn đề về phát triển hoặc có bệnh đang trong quá trình điều trị không? ① Có ② Không
 Nếu có thì chuẩn đoán đó cụ thể là gì? _____

Thị giác Có① Không②

1	Vị trí đồng tử có khác thường không?	① ②
2	Khi nhìn về phía trước (đồ vật ở phía trước), trẻ có thường xoay đầu sang một bên hoặc vuron người để nhìn không?	① ②
3	Trẻ có lại gần hoặc nheo mắt khi xem sách/ tivi/ đồ vật v.v. không?	① ②
4	Có cảm giác thị lực hai mắt của trẻ khác nhau khi thử che một mắt không?	① ②

Thính giác Có① Không②

1	Nếu đặt trẻ ngồi ở nơi yên lặng và lùi về sau khoảng một bước chân, lần lượt bịt từng tai và nói thầm các từ (bút chì, trường học v.v.) thì trẻ có thể nhắc lại các từ đó một cách chính xác không?	① ②
2	Quý vị có thể hiểu được phần lớn các từ mà trẻ nói không?	① ②
3	Trẻ có từng nằm viện hơn 5 ngày ở phòng điều trị nội trú (Phòng điều trị cho trẻ bệnh nặng) sau khi sinh không?	① ②
4	Phát âm của trẻ có chính xác không?	① ②
5	Trẻ có nói được như những đứa trẻ đồng trang lứa khác không?	① ②

Giáo dục về mặt xã hội và tình cảm Có① Không②

1	Trẻ có tự chơi hòa hợp với các bạn đồng trang lứa không?	① ②
2	Trẻ có thường xuyên đánh bạn hay giành lấy đồ chơi của bạn không?	① ②
3	Quý vị đã bắt đầu dạy trẻ làm các công việc nhà đơn giản chưa? (Ví dụ: Bỏ rác vào thùng, sắp xếp các đồ chơi đã bày ra v.v.)	① ②
4	Quý vị có dạy trẻ về phép tắc ở nơi công cộng không?	① ②
5	Quý vị có dạy trẻ phải chào hỏi trước nếu gặp người quen biết không? / Quý vị có dạy trẻ đáp lại bằng cách nói "Xin cảm ơn." hay "Xin cảm tạ." khi ai đó làm việc gì đó cho trẻ không?	① ②
6	Trẻ có biết chơi trò tưởng tượng và trò nhập vai không? Trẻ có biết chơi trò chia phe không?	① ②
7	Trẻ có thể giải thích một cách đơn giản những việc mình đã trải qua không?	① ②
8	Trẻ có thể giải thích về các loại nghề nghiệp thường thấy và vai trò của các nghề đó không?	① ②

Giáo dục để phòng tai nạn Có① Không②

1	Quý vị có luôn lắp đặt thiết bị bảo vệ an toàn như then cài cửa hay cửa an toàn ở cầu thang, cửa sổ, ban công không?	① ②
2	Quý vị có từng để trẻ lại một mình ở bể bơi trẻ em hay bồn tắm không?	① ②
3	Quý vị có bảo quản các đồ như thuốc lá và bật lửa, dụng cụ điện và phích cắm điện ở nơi trẻ không với tay tới được không?	① ②
4	Trẻ có luôn đội mũ bảo hiểm, đồ bảo hiểm đầu gối khi đi xe đạp hay trượt patin không?	① ②
5	Quý vị có từng để trẻ chơi trên đường xe chạy không?	① ②
6	Quý vị làm thế nào khi cho trẻ ngồi trong xe ô tô? ① Sử dụng ghế ô tô dành cho trẻ em ② Sử dụng ghế phụ ③ Thắt dây an toàn ④ Cứ đặt trẻ ngồi xuống	① ② ③ ④

Giáo dục dinh dưỡng

1	Một ngày trẻ ăn mấy bữa? ① 1 bữa ② 2 bữa ③ 3 bữa ④ 4 lần trở lên	① ② ③ ④
2	Một ngày trẻ ăn mấy bữa dặm? ① 1 bữa ② 2 bữa ③ 3 bữa trở lên	① ② ③
3	Trẻ uống bao nhiêu sữa tươi một ngày? ① Không uống ② Dưới 200 mL ③ 200~499 mL ④ 500~999 mL ⑤ Trên 1,000 mL	① ② ③ ④ ⑤
4	Trẻ uống bao nhiêu nước hoa quả hay đồ uống có đường (Ví dụ: đồ uống có ga, nước uống thể thao, đồ uống dành cho trẻ em v.v.) trong một ngày? ① Dưới 200 mL (Một cốc to) ② 200~499 mL ③ Trên 500 mL	① ② ③
5	Các đồ ăn thường ngày mà Quý vị chế biến cho trẻ và các thành viên trong gia đình có nhạt không? ① Có ② Không	① ②
6	Thái độ ăn uống của trẻ thường ngày như thế nào? (Hãy biểu thị vào tất cả các mục tương ứng) ① Thời gian ăn quá lâu (Trên 30 phút) ② Không ăn các món mới ③ Không ăn đều các món ④ Khó cho trẻ ăn ⑤ Không có câu trả lời phù hợp	① ② ③ ④ ⑤
7	Thời gian trẻ xem tivi hay nhìn màn hình (máy tính, máy chơi game, điện thoại thông minh v.v.) có trên 2 tiếng một ngày không? ① Có ② Không	① ②
8	Trẻ có hoạt động thể lực đến mức toát mồ hôi (chơi, vận động v.v.) hơn 1 tiếng một ngày không? ① Có ② Không	① ②

Bảng câu hỏi khám sức khỏe dành cho trẻ em (Dùng cho trẻ 54~60 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám		Số CMND		Số liên lạc của người bảo hộ	
Họ tên người bảo hộ		Quan hệ với người đến khám		Địa chỉ Email	

※ Nếu Quý vị khám quá số lần quy định thì chi phí khám đó sẽ được thu lại như là tiền hưởng lợi ích vượt mức.

1. Ngày tháng năm sinh của trẻ: Năm _____ Tháng _____ Ngày _____
 2. Trọng lượng khi mới sinh: _____ . _____ kg (Ghi đến số thập phân đầu tiên)
 3. Hãy đánh dấu vào loại tiêm phòng đã thực hiện cho đến nay (Hãy ghi số lần vào ô tương ứng)

	BCG	Bệnh viêm gan B	DPT	Bệnh bại liệt ở trẻ nhỏ (Sốt bại liệt)	Phế cầu khuẩn	Vi khuẩn Haemophilus loại B	Bệnh sởi, quai bị, sởi Đức	Bệnh thủy đậu	Bệnh viêm não Nhật Bản
Số lần đã tiến hành									

4. Trẻ có bị chẩn đoán gặp vấn đề về phát triển hoặc có bệnh đang trong quá trình điều trị không? ① Có ② Không
 Nếu có thì chẩn đoán đó cụ thể là gì? _____

Thị giác Có① Không②

1	Vị trí đồng tử có khác thường không?	① ②
2	Khi nhìn về phía trước (đồ vật ở phía trước), trẻ có thường xoay đầu sang một bên hoặc vươn người để nhìn không?	① ②
3	Trẻ có lại gần hoặc neho mắt khi xem sách/tivi/ đồ vật v.v. không?	① ②
4	Có cảm giác thị lực hai mắt của trẻ khác nhau khi thử che một mắt không?	① ②

Thính giác Có① Không②

1	Trẻ có thể nghe kể chuyện hoặc các truyện thiếu nhi đơn giản và trả lời được câu hỏi không?	① ②
2	Trẻ có thể biểu hiện suy nghĩ một cách tự nhiên bằng những câu đơn giản được không?	① ②
3	Trẻ có thể hiểu và làm theo các câu mệnh lệnh gồm hai giai đoạn không? (Hãy gấp sách lại và để vào trong cặp)	① ②
4	Trẻ có thể nói chuyện về những việc đã xảy ra ở nhà trẻ, sân chơi, nhà bạn bè, v.v. được không?	① ②
5	Trẻ có thể sử dụng từ có chứa các phụ âm như s, ss, j, ch v.v. được không?	① ②

Giáo dục đề phòng tai nạn Có① Không②

1	Trẻ có đội mũ bảo hiểm, đồ bảo hiểm đầu gối khi đi xe đạp hay trượt patin không?	① ②
2	Quý vị có từng để trẻ chơi trên đường xe chạy không?	① ②
3	Quý vị có đặt trẻ vào ghế phụ và thắt dây an toàn khi đi trên xe ô tô không? (Trường hợp không có xe ô tô ③)	① ② ③
4	Trẻ có biết các quy tắc cần tuân thủ khi nghịch nước không?	① ②
5	Trẻ có đem các vật dụng như diêm hay bật lửa, pháo ra chơi không?	① ②
6	Quý vị có để thuốc, chất hóa học (bột giặt, chất tẩy v.v.), đồ vật sắc nhọn xa tầm tay trẻ không?	① ②

Giáo dục về vệ sinh cá nhân Có① Không②

1	Trẻ có rửa tay trước khi ăn hoặc uống không?	① ②
2	Trẻ có rửa tay sau khi chạm tay vào đồ chơi hay động vật không?	① ②
3	Trẻ có rửa tay sau khi sử dụng nhà vệ sinh không?	① ②
4	Trẻ có thường chạm tay vào mắt, mũi, miệng không?	① ②
5	Quý vị làm thế nào nếu trẻ không thể dùng nước để rửa tay khi đang đi ra ngoài? ① Lau bằng khăn giấy khô ② Lau bằng khăn giấy ướt ③ Sử dụng nước rửa tay có chất cồn ④ Tạm thời cứ để như vậy	① ② ③ ④

Giáo dục dinh dưỡng

1	Quý vị nghĩ thế nào về vẻ bề ngoài của trẻ (hình thể)? ① Thuộc dạng béo ② Bình thường ③ Thuộc dạng gầy	① ② ③
2	Tốc độ ăn của gia đình Quý vị có giống với các gia đình khác không? ① Nhanh ② Giống nhau ③ Chậm	① ② ③
3	Trẻ có ăn bữa chính và bữa phụ đều đặn không? ① Có ② Không	① ②
4	Lượng thức ăn trong một lần ăn của trẻ so với bạn bè cùng trang lứa thế nào? ① Ít ② Giống nhau ③ Nhiều	① ② ③
5	Trẻ có kén ăn không? ① Có ② Không	① ②
6	Trẻ có ăn nhiều đồ ăn mặn hoặc ngọt, hay nhiều dầu mỡ không? (Ví dụ: đồ ăn nhanh, thực phẩm ăn liền v.v.) ① Có ② Không	① ②
7	Trẻ có thích các loại đồ uống thay cho nước không? ① Có ② Không	① ②
8	Thời gian trẻ xem tivi hay nhìn màn hình (máy tính, máy chơi game, điện thoại thông minh v.v.) có trên 2 tiếng một ngày không? ① Có ② Không	① ②
9	Trẻ có hoạt động thể lực đến mức toát mồ hôi (chơi, vận động v.v.) hơn 1 tiếng một ngày không? ① Có ② Không	① ②

Bảng câu hỏi khám sức khỏe dành cho trẻ em (Dùng cho trẻ 66~71 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám	Số CMND	Số liên lạc của người bảo hộ
Họ tên người bảo hộ	Quan hệ với người đến khám	Địa chỉ Email

※ Nếu Quý vị khám quá số lần quy định thì chi phí khám đó sẽ được thu lại như là tiền hưởng lợi ích vượt mức.

- Ngày tháng năm sinh của trẻ: Năm Tháng Ngày
- Trọng lượng khi mới sinh: . kg (Ghi đến số thập phân đầu tiên)
- Hãy đánh dấu vào loại tiêm phòng đã thực hiện cho đến nay (Hãy ghi số lần vào ô tương ứng)

	BCG	Bệnh viêm gan B	DPT	Bệnh bại liệt ở trẻ nhỏ (Sốt bại liệt)	Phế cầu khuẩn	Vi khuẩn Haemophilus loại B	Bệnh sởi, quai bị, sởi Đức	Bệnh thủy đậu	Bệnh viêm não Nhật Bản
Số lần đã tiến hành									

- Trẻ có bị chuẩn đoán gặp vấn đề về phát triển hoặc có bệnh đang trong quá trình điều trị không? ① Có ② Không
Nếu có thì chuẩn đoán đó cụ thể là gì? _____

Thị giác

Có① Không②

1	Vị trí đồng tử có khác thường không?	① ②
2	Khi nhìn về phía trước (đồ vật ở phía trước), trẻ có thường xoay đầu sang một bên hoặc vươn người để nhìn không?	① ②
3	Trẻ có lại gần hoặc nheo mắt khi xem sách/tivi/ đồ vật v.v. không?	① ②
4	Có cảm giác thị lực hai mắt của trẻ khác nhau khi thử che một mắt không?	① ②

Giáo dục đề phòng tai nạn

Có① Không②

1	Trẻ có đội mũ bảo hiểm, đồ bảo hiểm đầu gối khi đi xe đạp hay trượt patin không?	① ②
2	Quý vị có từng để trẻ tự đi sang đường một mình không?	① ②
3	Quý vị có đặt trẻ vào ghế phụ và thắt dây an toàn khi để trẻ trên xe ô tô không? (Trường hợp không có xe ô tô ③)	① ② ③
4	Trẻ có biết số điện thoại báo cháy khi có hỏa hoạn phát sinh không?	① ②
5	Quý vị có để trẻ chơi một mình ở sân chơi và làm việc khác không?	① ②

Giáo dục dinh dưỡng

1	Trẻ có thuộc dạng nhất định phải ăn bữa sáng không? ② Không phải hàng ngày nhưng nhìn chung là như vậy	① Đúng như vậy ③ Không	① ② ③
2	Trong một tuần có mấy bữa tối mà cả gia đình Quý vị ăn cùng nhau?	① 1~2 bữa ② 3~4 bữa ③ Trên 5 bữa	① ② ③
3	Trẻ có thường ăn các sản phẩm sữa có chứa canxi (Sữa, sữa chua trắng, pho mát v.v.) không?	① Có ② Không	① ②
4	Bữa ăn phụ của trẻ chủ yếu vào khi nào? ③ Trước khi đi ngủ hoặc lúc đã khuya ④ Không có thời gian cố định	① Không ăn bữa phụ ② Giữa các bữa ăn chính	① ② ③ ④
5	Trẻ chủ yếu ăn loại thức ăn nào trong bữa phụ? (Hãy biểu thị vào tất cả các mục tương ứng) ② Đồ ăn mặn hoặc ngọt, hay nhiều dầu mỡ (Ví dụ: Đồ ăn nhanh, thực phẩm ăn liền, v.v.) ③ Không có câu trả lời phù hợp	① Đồ uống có đường (Ví dụ: nước hoa quả, đồ uống có ga, nước uống thể thao, v.v.)	① ② ③
6	Trẻ có hoạt động thể lực đến mức toát mồ hôi (chơi đùa, vận động v.v.) trên 1 tiếng mỗi ngày không? ① Có ② Không		① ②

Thính giác

Có① Không②

1	Trẻ có thể phát âm đúng hầu hết các phụ âm và nguyên âm không?	① ②
2	Trẻ có thể hiểu được lời nói với âm lượng nhỏ không?	① ②
3	Trẻ có thể trò chuyện bằng lời nói một cách dễ dàng với những người khác không?	① ②
4	Trẻ có thể nhắc lại lời người lớn nói một cách chính xác không?	① ②
5	Có người nào trong số bố mẹ hoặc họ hàng của trẻ có vấn đề về thính giác từ khi còn nhỏ không?	① ②

Giáo dục chuẩn bị cho trẻ trước khi đi học

Có① Không②

1	Trẻ có thể tự mình đánh giá được hành động tốt và không tốt không?	① ②
2	Trẻ có chịu nhịn và chờ đợi khi muốn làm, muốn ăn, hay muốn có được cái gì đó không?	① ②
3	Trẻ có chơi hòa hợp với các bạn khác không? (Ví dụ: Trẻ có biết nhường nhịn khi chơi với các bạn không?)	① ②
4	Trẻ có thể ngồi một chỗ trong giờ học ở nhà trẻ hay trường mầm non không?	① ②
5	Trẻ có thể làm theo chỉ thị của người lớn và tuân thủ các quy tắc mà bố mẹ hay giáo viên đặt ra không?	① ②
6	Trẻ có khó rời xa người bảo hộ khi đi mẫu giáo hay nhà trẻ không?	① ②
7	Trẻ có thể tự xử lý một mình được sau khi đi vệ sinh không?	① ②
8	Trẻ có thể yêu cầu sự giúp đỡ của người khác khi cần giúp đỡ không?	① ②
9	Giờ giấc đi ngủ và thức dậy của trẻ có điều độ không?	① ②

Bảng câu hỏi kiểm tra sức khỏe răng miệng dành cho trẻ

(Bảng câu hỏi này dành cho trẻ từ 18 đến 29 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám		Số CMND		Số liên lạc của người bảo hộ	
Họ tên người bảo hộ		Quan hệ với người đến khám		Địa chỉ E-mail	

Đối tượng khám sức khỏe răng miệng trẻ em có thể được kiểm tra theo từng bước ở các mục khám phù hợp với đặc tính của từng thời kỳ 2 tuổi (18~29tháng tuổi), 4 tuổi(42~53tháng tuổi), 5 tuổi (54~65tháng tuổi).

Phiếu điều tra này được dùng để tìm hiểu trước tình trạng của trẻ trước khi kiểm tra sức khỏe và để tham khảo khi chẩn đoán bệnh cho trẻ. Vì các thông tin này sẽ được bảo mật nên xin vui lòng trả lời một cách thành thật. Với các câu hỏi mà người bảo hộ không biết rõ, xin hãy quan sát kỹ trẻ rồi điền câu trả lời vào.

※ Các câu hỏi về nhận thức sức khỏe răng miệng và tiền sử bệnh nha khoa

- Từ khi sinh ra đến bây giờ, bạn có từng đưa trẻ đến khám ở bệnh viện (phòng khám) nha khoa không?
① Có ② Không
- Trong tháng trước, trẻ có từng bị đau răng không? ① Có ② Không
- Bạn có nghĩ rằng trẻ hiện có lỗ sâu răng không? ① Có ② Không ③ Không biết

※ Các câu hỏi về thói quen sức khỏe răng miệng (hấp thụ đường, vệ sinh răng miệng, dùng Flo)

- Trẻ đã bỏ bú bình sữa chưa? ① Có ② Không
- Trẻ thường ăn các đồ ăn vặt dễ dính răng hoặc ngọt như bánh ngọt, bánh kẹo bao nhiêu lần trong một ngày?
① Không ăn ② 1lần ③ 2~3lần ④ 4lần trở lên ⑤ Không biết
- Trẻ thường uống nước ngọt và đồ uống có ga (bao gồm đồ uống thể thao, đồ uống bổ sung ion, sinh tố hoa quả) bao nhiêu lần trong một ngày?
① Không uống ② 1lần ③ 2~3lần ④ 4lần trở lên ⑤ Không biết
- Người bảo hộ cho trẻ có từng trực tiếp học cách đánh răng cho trẻ em ở trạm y tế hay bệnh viện (phòng khám) nha khoa không?
① Có ② Không
- Bạn có đánh răng đều đặn cho trẻ không? ① Có ② Không
- Trẻ thường xuyên tự đánh răng ở mức độ nào? Hay là bạn thường xuyên đánh răng cho trẻ ở mức độ nào?
① Dưới 1 lần một tuần ② Ít nhất một lần một tuần, không phải là hàng ngày
③ 1 lần một ngày ④ 2 lần một ngày ⑤ Trên 3 lần một ngày
- Trẻ đã bắt đầu sử dụng kem đánh răng chưa? ① Có ② Không
- Kem đánh răng hiện trẻ đang dùng có chứa flo không?
① Có ② Không ③ Không biết ④ Không sử dụng kem đánh răng
- Thông thường trẻ sử dụng kem đánh răng ở mức độ nào?
① Rất ít ② Cỡ bằng hạt đậu bé ③ Bằng khoảng một nửa đầu bàn chải
④ Bằng cả chiều dài đầu bàn chải ⑤ Không sử dụng kem đánh răng

※ Hãy viết xuống dưới đây nếu có triệu chứng đặc biệt khác hoặc nếu có điều muốn hỏi bác sỹ nha khoa.

Bảng câu hỏi kiểm tra sức khỏe răng miệng dành cho trẻ

(Bảng câu hỏi này dành cho trẻ từ 42 đến 53 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám	Số CMND	Số liên lạc của người bảo hộ
Họ tên người bảo hộ	Quan hệ với người đến khám	Địa chỉ E-mail

Đối tượng khám sức khỏe răng miệng trẻ em có thể được kiểm tra theo từng bước ở các mục khám phù hợp với đặc tính của từng thời kỳ 2 tuổi (18~29tháng tuổi), 4 tuổi(42~53tháng tuổi), 5 tuổi (54~65tháng tuổi).

Phiếu điều tra này được dùng để tìm hiểu trước tình trạng của trẻ trước khi kiểm tra sức khỏe và để tham khảo khi chẩn đoán bệnh cho trẻ. Vì các thông tin này sẽ được bảo mật nên xin vui lòng trả lời một cách thành thật. Với các câu hỏi mà người bảo hộ không biết rõ, xin hãy quan sát kỹ trẻ rồi điền câu trả lời vào.

※ Các câu hỏi về nhận thức sức khỏe răng miệng và tiền sử bệnh nha khoa

- Trong 1 năm vừa rồi, bạn có từng đưa trẻ đến khám ở bệnh viện (phòng khám) nha khoa không?
① Có ② Không
- Trong tháng trước, trẻ có từng bị đau răng không? ① Có ② Không
- Bạn có nghĩ rằng trẻ hiện có lỗ sâu răng không? ① Có ② Không ③ Không biết

※ Các câu hỏi về thói quen sức khỏe răng miệng (hấp thụ đường, vệ sinh răng miệng, dùng Flo)

- Trẻ thường ăn các đồ ăn vặt dễ dính răng hoặc ngọt như bánh ngọt, bánh kẹo bao nhiêu lần trong một ngày?
① Không ăn ② 1lần ③ 2~3lần ④ 4lần trở lên ⑤ Không biết
- Trẻ thường uống nước ngọt và đồ uống có ga (bao gồm đồ uống thể thao, đồ uống bổ sung ion, sinh tố hoa quả) bao nhiêu lần trong một ngày?
① Không uống ② 1lần ③ 2~3lần ④ 4lần trở lên ⑤ Không biết
- Trẻ có từng trực tiếp học cách đánh răng cho trẻ em ở trạm y tế hay bệnh viện (phòng khám) nha khoa không?
① Có ② Không
- Bạn có đánh răng đều đặn cho trẻ không? ① Có ② Không
- Hãy đánh dấu vào tất cả những lúc trẻ đánh răng trong suốt ngày hôm qua.
① Trước bữa ăn sáng ② Sau bữa ăn sáng ③ Sau bữa ăn trưa ④ Sau bữa ăn tối ⑤ Trước khi đi ngủ
⑥ Sau khi ăn vặt
- Kem đánh răng hiện trẻ đang dùng có chứa flo không?
① Có ② Không ③ Không biết ④ Không sử dụng kem đánh răng
- Thông thường trẻ sử dụng kem đánh răng ở mức độ nào?
① Rất ít ② Cỡ bằng hạt đậu bé ③ Bằng khoảng một nửa đầu bàn chải
④ Bằng cả chiều dài đầu bàn chải ⑤ Không sử dụng kem đánh răng
- Bạn có từng nhận được lời khuyên về việc sử dụng flo để ngăn ngừa sâu răng không?
① Có ② Không

※ Hãy viết xuống dưới đây nếu có triệu chứng đặc biệt khác hoặc nếu có điều muốn hỏi bác sỹ nha khoa.

Bảng câu hỏi kiểm tra sức khỏe răng miệng dành cho trẻ

(Bảng câu hỏi này dành cho trẻ từ 54 đến 65 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám		Số CMND		Số liên lạc của người bảo hộ	
Họ tên người bảo hộ		Quan hệ với người đến khám		Địa chỉ E-mail	

Đối tượng khám sức khỏe răng miệng trẻ em có thể được kiểm tra theo từng bước ở các mục khám phù hợp với đặc tính của từng thời kỳ 2 tuổi (18~29tháng tuổi), 4 tuổi(42~53tháng tuổi), 5 tuổi (54~65tháng tuổi).

Phiếu điều tra này được dùng để tìm hiểu trước tình trạng của trẻ trước khi kiểm tra sức khỏe và để tham khảo khi chẩn đoán bệnh cho trẻ. Vì các thông tin này sẽ được bảo mật nên xin vui lòng trả lời một cách thành thật. Với các câu hỏi mà người bảo hộ không biết rõ, xin hãy quan sát kỹ trẻ rồi điền câu trả lời vào.

※ Các câu hỏi về nhận thức sức khỏe răng miệng và tiền sử bệnh nha khoa

1. Trong 1 năm vừa rồi, bạn có từng đưa trẻ đến khám ở bệnh viện (phòng khám) nha khoa không?

① Có ② Không

2. Trong tháng trước, trẻ có từng bị đau răng không?

① Có ② Không

3. Bạn có nghĩ rằng trẻ hiện có lỗ sâu răng không?

① Có ② Không ③ Không biết

※ Các câu hỏi về thói quen sức khỏe răng miệng (hấp thụ đường, vệ sinh răng miệng, dùng Flo)

4. Trẻ thường ăn các đồ ăn vặt dễ dính răng hoặc ngọt như bánh ngọt, bánh kẹo bao nhiêu lần trong một ngày?

① Không ăn ② 1lần ③ 2~3lần ④ 4lần trở lên ⑤ Không biết

5. Trẻ thường uống nước ngọt và đồ uống có ga (bao gồm đồ uống thể thao, đồ uống bổ sung ion, sinh tố hoa quả) bao nhiêu lần trong một ngày?

① Không uống ② 1lần ③ 2~3lần ④ 4lần trở lên ⑤ Không biết

6. Trẻ có từng trực tiếp học cách đánh răng cho trẻ em ở trạm y tế hay bệnh viện (phòng khám) nha khoa không?

① Có ② Không

7. Bạn có đánh răng đều đặn cho trẻ không? ① Có ② Không

8. Hãy đánh dấu vào tất cả những lúc trẻ đánh răng trong suốt ngày hôm qua.

① Trước bữa ăn sáng ② Sau bữa ăn sáng ③ Sau bữa ăn trưa ④ Sau bữa ăn tối ⑤ Trước khi đi ngủ
⑥ Sau khi ăn vặt

9. Kem đánh răng hiện trẻ đang dùng có chứa flo không?

① Có ② Không ③ Không biết ④ Không sử dụng kem đánh răng

10. Thông thường trẻ sử dụng kem đánh răng ở mức độ nào?

① Rất ít ② Cỡ bằng hạt đậu bé ③ Bằng khoảng một nửa đầu bàn chải
④ Bằng cả chiều dài đầu bàn chải ⑤ Không sử dụng kem đánh răng

11. Bạn có từng nhận được lời khuyên về việc sử dụng flo để ngăn ngừa sâu răng không?

① Có ② Không

※ Hãy viết xuống dưới đây nếu có triệu chứng đặc biệt khác hoặc nếu có điều muốn hỏi bác sỹ nha khoa.

Thông báo kết quả khám sức khỏe trẻ sơ sinh (Dùng cho trẻ 4-6 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám		Số CMND				
Đo lường kiểm tra thân thể	Chiều cao (cm)		Cân nặng (kg)		Vòng đầu (cm)	
	<input type="checkbox"/> □. □. □ cm (phần trăm)		<input type="checkbox"/> □. □. □ kg (phần trăm)		<input type="checkbox"/> □. □. □ cm (phần trăm)	
	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể		<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể		<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể	
* Chỉ số phần trăm là thứ tự tính từ phía dưới trở lên trong số 100 trẻ cùng độ tuổi và giới tính (về cân nặng hoặc chiều cao). Đường cong sinh trưởng ở biểu đồ trên là đường cong biểu thị chỉ số phần trăm từ phía thấp nhất lên đến phía cao nhất theo thứ tự 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95.						
Ý kiến chẩn đoán về thể chất	Tình trạng toàn thân	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Ngực	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Da	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Phổi	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Đầu/ Mặt	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Tim	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Mắt	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Bụng	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Mũi	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Cơ quan sinh dục	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Tai	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Tứ chi	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Khoang miệng	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Cột sống	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Vùng cổ	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Kiểm tra về thần kinh học	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
Thị giác	Câu hỏi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể [Câu hỏi liên quan: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4]				
Thính giác	Câu hỏi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể [Mục câu hỏi liên quan : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6]				
Tiến hành giáo dục sức khỏe	<input type="checkbox"/> Giáo dục đề phòng tai nạn <input type="checkbox"/> Giáo dục dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Giáo dục phòng ngừa hội chứng đột tử ở trẻ em					
Nhận định tổng hợp	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Chú ý <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể					
Ý kiến và biện pháp xử lý						
Số cơ quan y tế	Tên cơ quan khám					
Ngày khám	Số giấy phép		Tên bác sỹ	(Ký tên)		

* Trong trường hợp bệnh đặc biệt có tỷ lệ mắc bệnh thấp thì cũng có thể không phát hiện được bệnh thông qua khám sức khỏe.

* Quý vị hãy tiếp tục duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của trẻ bằng cách quản lý sức khỏe liên tục dù kết quả kiểm tra được đánh giá tốt, và trong trường hợp kết quả nhận định ghi là cần đánh giá cụ thể hoặc cần lưu ý thì hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn.

* Trong trường hợp ở bản Thông báo kết quả khám sức khỏe này có ghi ý kiến của bác sĩ cho rằng cần được trợ cấp chi phí điều dưỡng, thì có thể dùng thông báo này thay cho Giấy yêu cầu trợ cấp chi phí điều dưỡng (Giấy yêu cầu được điều trị bệnh) để được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tuyến trên.

* Nếu Quý vị mang theo giấy thông báo kết quả này trong lần kiểm tra sau thì sẽ giúp ích nhiều cho việc nhận định kết quả khám sức khỏe.

Thông báo kết quả khám sức khỏe dành cho trẻ em (Dùng cho trẻ 18~24 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám		Số CMND				
Đo lường kiểm tra thân thể	Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)		Vòng đầu (cm)		
	<input type="checkbox"/> □. □ cm (phần trăm)	<input type="checkbox"/> □. □kg (phần trăm)		<input type="checkbox"/> □. □ cm (phần trăm)		
	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể		<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể		
	* Chỉ số phần trăm là thứ tự tính từ phía dưới trở lên trong số 100 trẻ cùng độ tuổi và giới tính (về cân nặng hoặc chiều cao). Đường cong sinh trưởng ở biểu đồ trên là đường cong biểu thị chỉ số phần trăm từ phía thấp nhất lên đến phía cao nhất theo thứ tự 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95.					
Ý kiến chẩn đoán về thể chất	Tình trạng toàn thân	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Ngực	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Da	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Phổi	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Đầu/ Khuôn mặt	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Tim	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Mắt	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Bụng	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Mũi	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Cơ quan sinh dục	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Tai	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Tứ chi	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Khoang miệng	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Cột sống	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
	Vùng cổ	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Kiểm tra thần kinh học	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường
Thị giác	Câu hỏi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể [Mục câu hỏi liên quan : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4]				
Thính giác	Câu hỏi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể [Mục câu hỏi liên quan : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Liên quan đến K-DST]				
Tiến hành giáo dục sức khỏe	<input type="checkbox"/> Giáo dục đề phòng tai nạn <input type="checkbox"/> Giáo dục dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Giáo dục thói quen đi vệ sinh					
Kết quả đánh giá mức độ phát triển	<input type="checkbox"/> Tốt					
	<input type="checkbox"/> Cần được kiểm tra thêm	<input type="checkbox"/> Vận động thô	<input type="checkbox"/> Vận động tinh	<input type="checkbox"/> Mặt nhận thức	<input type="checkbox"/> Mặt ngôn ngữ	<input type="checkbox"/> Mặt xã hội <input type="checkbox"/> Tự lập
	<input type="checkbox"/> Đề nghị đánh giá sâu thêm	<input type="checkbox"/> Vận động thô	<input type="checkbox"/> Vận động tinh	<input type="checkbox"/> Mặt nhận thức	<input type="checkbox"/> Mặt ngôn ngữ	<input type="checkbox"/> Mặt xã hội <input type="checkbox"/> Tự lập
	[Liên quan đến câu hỏi thêm		<input type="checkbox"/> Phát triển về mặt vận động (M)]	<input type="checkbox"/> Phát triển về mặt ngôn ngữ (L)	<input type="checkbox"/> Phát triển về mặt xã hội (S)]	
	<input type="checkbox"/> Cần quản lý liên tục					
Nhận định tổng hợp	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Chú ý <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể					
Ý kiến và biện pháp xử lý						
Số cơ quan y tế		Tên cơ quan khám				
Ngày khám		Số giấy phép		Tên bác sỹ	(Ký tên)	

- * Trong trường hợp bệnh đặc biệt có tỷ lệ mắc bệnh thấp thì cũng có thể không phát hiện được bệnh thông qua khám sức khỏe.
- * Quý vị hãy tiếp tục duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của trẻ bằng cách quản lý sức khỏe liên tục dù kết quả kiểm tra được đánh giá tốt, và trong trường hợp kết quả nhận định ghi là cần đánh giá cụ thể hoặc cần lưu ý thì hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn.
- * Trong trường hợp ở bản Thông báo kết quả khám sức khỏe này có ghi ý kiến của bác sĩ cho rằng cần được trợ cấp chi phí điều dưỡng, thì có thể dùng thông báo này thay cho Giấy yêu cầu trợ cấp chi phí điều dưỡng (Giấy yêu cầu được điều trị bệnh) để được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tuyến trên.
- * Nếu Quý vị mang theo giấy thông báo kết quả này trong lần kiểm tra sau thì sẽ giúp ích nhiều cho việc nhận định kết quả khám sức khỏe.

Thông báo kết quả khám sức khỏe dành cho trẻ em (Dùng cho trẻ 30~36 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám		Số CMND					
Đo lường thể chất	Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)	Vòng đầu (cm)	Chỉ số khối cơ thể (kg/m ³)			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm (phần trăm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg (phần trăm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm (phần trăm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm (phần trăm)			
	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể			
	* Chỉ số phần trăm là thứ tự tính từ phía dưới trở lên trong số 100 trẻ cùng độ tuổi và giới tính (về cân nặng hoặc chiều cao). Đường cong sinh trưởng ở biểu đồ trên là đường cong biểu thị chỉ số phần trăm từ phía thấp nhất lên đến phía cao nhất theo thứ tự 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95.						
Ý kiến chẩn đoán về thể chất	Tình trạng toàn thân	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Ngực	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường			
	Da	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Phổi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường			
	Đầu/ Khuôn mặt	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Tim	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường			
	Mắt	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Bụng	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường			
	Mũi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Cơ quan sinh dục	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường			
	Tai	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Tứ chi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường			
	Khoang miệng	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Cột sống	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường			
	Vùng cổ	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Kiểm tra thần kinh học	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường			
Thị giác	Câu hỏi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể [Mục câu hỏi liên quan : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4]					
Thính giác	Câu hỏi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể [Mục câu hỏi liên quan : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Liên quan đến K-DST]					
Tiền hành giáo dục sức khỏe	<input type="checkbox"/> Giáo dục đề phòng tai nạn <input type="checkbox"/> Giáo dục dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Giáo dục về việc cho trẻ tiếp xúc với các phương tiện truyền thông điện tử						
Kết quả đánh giá mức độ phát triển	<input type="checkbox"/> Tốt						
	<input type="checkbox"/> Cần được kiểm tra thêm	<input type="checkbox"/> Vận động thô	<input type="checkbox"/> Vận động tinh	<input type="checkbox"/> Nhận thức	<input type="checkbox"/> Mặt ngôn ngữ	<input type="checkbox"/> Mặt xã hội	<input type="checkbox"/> Tự lập
	<input type="checkbox"/> Đề nghị đánh giá sâu thêm	<input type="checkbox"/> Vận động thô	<input type="checkbox"/> Vận động tinh	<input type="checkbox"/> Nhận thức	<input type="checkbox"/> Mặt ngôn ngữ	<input type="checkbox"/> Mặt xã hội	<input type="checkbox"/> Tự lập
[Liên quan đến câu hỏi thêm		<input type="checkbox"/> Phát triển về mặt vận động (M)]	<input type="checkbox"/> Phát triển về mặt ngôn ngữ (L)]	<input type="checkbox"/> Phát triển về mặt xã hội (S)]			
<input type="checkbox"/> Cần quản lý liên tục							
Nhận định tổng hợp	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Chú ý		<input type="checkbox"/> Giáo dục về việc cho trẻ tiếp xúc với các phương tiện truyền thông điện tử				
Ý kiến và biện pháp xử lý							
Số cơ quan y tế		Tên cơ quan khám					
Ngày khám		Số giấy phép		Tên bác sỹ	(Ký tên)		

* Trong trường hợp bệnh đặc biệt có tỷ lệ mắc bệnh thấp thì cũng có thể không phát hiện được bệnh thông qua khám sức khỏe.
 * Quý vị hãy tiếp tục duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của trẻ bằng cách quản lý sức khỏe liên tục dù kết quả kiểm tra được đánh giá tốt, và trong trường hợp kết quả nhận định ghi là cần đánh giá cụ thể hoặc cần lưu ý thì hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn.
 * Trong trường hợp ở bản Thông báo kết quả khám sức khỏe này có ghi ý kiến của bác sĩ cho rằng cần được trợ cấp chi phí điều dưỡng, thì có thể dùng thông báo này thay cho Giấy yêu cầu trợ cấp chi phí điều dưỡng (Giấy yêu cầu được điều trị bệnh) để được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tuyến trên.
 * Nếu Quý vị mang theo giấy thông báo kết quả này trong lần kiểm tra sau thì sẽ giúp ích nhiều cho việc nhận định kết quả khám sức khỏe.

Thông báo kết quả khám sức khỏe dành cho trẻ em (Dùng cho trẻ 42~48 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám		Số CMND					
Đo lường thể chất	Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)	Vòng đầu (cm)	Chỉ số khối cơ thể (kg/m ²)			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> cm (phần trăm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> kg (phần trăm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> cm (phần trăm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> cm (phần trăm)			
	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể			
	* Chỉ số phần trăm là thứ tự tính từ phía dưới trở lên trong số 100 trẻ cùng độ tuổi và giới tính (về cân nặng hoặc chiều cao). Đường cong sinh trưởng ở biểu đồ trên là đường cong biểu thị chỉ số phần trăm từ phía thấp nhất lên đến phía cao nhất theo thứ tự 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95.						
Ý kiến chẩn đoán về thể chất	Tình trạng toàn thân	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Ngực	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	
	Da	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Phổi	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	
	Đầu/ Khuôn mặt	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Tim	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	
	Mắt	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Bụng	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	
	Mũi	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Cơ quan sinh dục	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	
	Tai	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Tứ chi	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	
	Khoang miệng	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Cột sống	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	
	Vùng cổ	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	Kiểm tra thần kinh học	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Bất thường	
Thị giác	Câu hỏi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể [Mục câu hỏi liên quan : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4]					
	Kiểm tra thị lực	<input type="checkbox"/> Bảng thị lực hình ảnh <input type="checkbox"/> Bảng thị lực số	Bên trái: Bên phải: Hai mắt:				
Thính giác	Câu hỏi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể [Mục câu hỏi liên quan : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Liên quan đến K-DST]					
Tiến hành giáo dục sức khỏe	<input type="checkbox"/> Giáo dục đề phòng tai nạn <input type="checkbox"/> Giáo dục dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Giáo dục về mặt xã hội và tình cảm						
Kết quả đánh giá mức độ phát triển	<input type="checkbox"/> Tốt						
	<input type="checkbox"/> Cần được kiểm tra thêm	<input type="checkbox"/> Vận động thô	<input type="checkbox"/> Vận động tinh	<input type="checkbox"/> Mặt nhận thức	<input type="checkbox"/> Mặt ngôn ngữ	<input type="checkbox"/> Mặt xã hội	<input type="checkbox"/> Tự lập
	<input type="checkbox"/> Đề nghị đánh giá sâu thêm	<input type="checkbox"/> Vận động thô	<input type="checkbox"/> Vận động tinh	<input type="checkbox"/> Mặt nhận thức	<input type="checkbox"/> Mặt ngôn ngữ	<input type="checkbox"/> Mặt xã hội	<input type="checkbox"/> Tự lập
[Liên quan đến câu hỏi thêm <input type="checkbox"/> Phát triển về mặt ngôn ngữ (L) <input type="checkbox"/> Phát triển về mặt xã hội (S)]							
<input type="checkbox"/> Cần quản lý liên tục							
Nhận định tổng hợp	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Chú ý <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể						
Ý kiến và biện pháp xử lý							
Số cơ quan y tế		Tên cơ quan khám					
Ngày khám		Số giấy phép		Tên bác sỹ	(Ký tên)		

- * Trong trường hợp bệnh đặc biệt có tỷ lệ mắc bệnh thấp thì cũng có thể không phát hiện được bệnh thông qua khám sức khỏe.
- * Quý vị hãy tiếp tục duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của trẻ bằng cách quản lý sức khỏe liên tục dù kết quả kiểm tra được đánh giá tốt, và trong trường hợp kết quả nhận định ghi là cần đánh giá cụ thể hoặc cần lưu ý thì hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn.
- * Trong trường hợp ở bản Thông báo kết quả khám sức khỏe này có ghi ý kiến của bác sĩ cho rằng cần được trợ cấp chi phí điều dưỡng, thì có thể dùng thông báo này thay cho Giấy yêu cầu trợ cấp chi phí điều dưỡng (Giấy yêu cầu được điều trị bệnh) để được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tuyến trên.
- * Nếu Quý vị mang theo giấy thông báo kết quả này trong lần kiểm tra sau thì sẽ giúp ích nhiều cho việc nhận định kết quả khám sức khỏe.

Thông báo kết quả khám sức khỏe dành cho trẻ em (Dùng cho trẻ 54~60 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám		Số CMND		
Đo lường thể chất	Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)	Vòng đầu (cm)	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm (phần trăm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg (phần trăm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm (phần trăm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm (phần trăm)
	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể
	* Chỉ số phần trăm là thứ tự tính từ phía dưới trở lên trong số 100 trẻ cùng độ tuổi và giới tính (về cân nặng hoặc chiều cao). Đường cong sinh trưởng ở biểu đồ trên là đường cong biểu thị chỉ số phần trăm từ phía thấp nhất lên đến phía cao nhất theo thứ tự 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95.			
Ý kiến chẩn đoán về thể chất	Tình trạng toàn thân	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Ngực	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường
	Da	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Phổi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường
	Đầu/ Khuôn mặt	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Tim	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường
	Mắt	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Bụng	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường
	Mũi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Cơ quan sinh dục	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường
	Tai	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Tứ chi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường
	Khoang miệng	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Cột sống	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường
	Vùng cổ	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường	Kiểm tra thần kinh học	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bất thường
Thị giác	Câu hỏi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể [Mục câu hỏi liên quan : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4]		
	Kiểm tra thị lực	<input type="checkbox"/> Bảng thị lực hình ảnh <input type="checkbox"/> Bảng thị lực số	Bên trái:	Bên phải:
<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể <input type="checkbox"/> Kiểm tra chưa được chấp nhận		Hai mắt:		
Thính giác	Câu hỏi	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể [Mục câu hỏi liên quan : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Liên quan đến K-DST]		
Tiến hành giáo dục sức khỏe	<input type="checkbox"/> Giáo dục đề phòng tai nạn <input type="checkbox"/> Giáo dục dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Giáo dục về vệ sinh cá nhân			
Kết quả đánh giá mức độ phát triển	<input type="checkbox"/> Tốt			
	<input type="checkbox"/> Cần được kiểm tra thêm	<input type="checkbox"/> Vận động thô	<input type="checkbox"/> Vận động tinh	<input type="checkbox"/> Mặt nhận thức
	<input type="checkbox"/> Đề nghị đánh giá sâu thêm	<input type="checkbox"/> Vận động thô	<input type="checkbox"/> Vận động tinh	<input type="checkbox"/> Mặt ngôn ngữ
[Liên quan đến câu hỏi thêm		<input type="checkbox"/> Phát triển về mặt xã hội(S)]		
<input type="checkbox"/> Cần quản lý liên tục				
Nhận định tổng hợp	<input type="checkbox"/> Tốt	<input type="checkbox"/> Chú ý	<input type="checkbox"/> Cần đánh giá cụ thể	
Ý kiến và biện pháp xử lý				
Số cơ quan y tế		Tên cơ quan khám		
Ngày khám		Số giấy phép	Tên bác sỹ	(Ký tên)

- * Trong trường hợp bệnh đặc biệt có tỷ lệ mắc bệnh thấp thì cũng có thể không phát hiện được bệnh thông qua khám sức khỏe.
- * Quý vị hãy tiếp tục duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của trẻ bằng cách quản lý sức khỏe liên tục dù kết quả kiểm tra được đánh giá tốt, và trong trường hợp kết quả nhận định ghi là cần đánh giá cụ thể hoặc cần lưu ý thì hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn.
- * Trong trường hợp ở bản Thông báo kết quả khám sức khỏe này có ghi ý kiến của bác sĩ cho rằng cần được trợ cấp chi phí điều dưỡng, thì có thể dùng thông báo này thay cho Giấy yêu cầu trợ cấp chi phí điều dưỡng (Giấy yêu cầu được điều trị bệnh) để được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tuyến trên.
- * Nếu Quý vị mang theo giấy thông báo kết quả này trong lần kiểm tra sau thì sẽ giúp ích nhiều cho việc nhận định kết quả khám sức khỏe.

Thông báo kết quả khám sức khỏe dành cho trẻ em (Dùng cho trẻ 66~71 tháng tuổi)

Họ tên người đến khám		Số CMND							
Đo lường thể chất	Chiều cao (cm)		Cân nặng (kg)		Vòng đầu (cm)				
	□ □ . □ cm (phần trăm)		□ □ . □ kg (phần trăm)		□ □ . □ cm (phần trăm)				
	□ Tốt □ Cần đánh giá cụ thể		□ Tốt □ Cần đánh giá cụ thể		□ Tốt □ Cần đánh giá cụ thể				
	* Chỉ số phần trăm là thứ tự tính từ phía dưới trở lên trong số 100 trẻ cùng độ tuổi và giới tính (về cân nặng hoặc chiều cao). Đường cong sinh trưởng ở biểu đồ trên là đường cong biểu thị chỉ số phần trăm từ phía thấp nhất lên đến phía cao nhất theo thứ tự 5, 10, 25, 50, 75, 90, 95.								
Ý kiến chẩn đoán về thể chất	Tình trạng toàn thân		□ Tốt	□ Bất thường	Ngực		□ Tốt	□ Bất thường	
	Da		□ Tốt	□ Bất thường	Phổi		□ Tốt	□ Bất thường	
	Đầu/ Khuôn mặt		□ Tốt	□ Bất thường	Tim		□ Tốt	□ Bất thường	
	Mắt		□ Tốt	□ Bất thường	Bụng		□ Tốt	□ Bất thường	
	Mũi		□ Tốt	□ Bất thường	Cơ quan sinh dục		□ Tốt	□ Bất thường	
	Tai		□ Tốt	□ Bất thường	Tứ chi		□ Tốt	□ Bất thường	
	Khoang miệng		□ Tốt	□ Bất thường	Cột sống		□ Tốt	□ Bất thường	
	Vùng cổ		□ Tốt	□ Bất thường	Kiểm tra thần kinh học		□ Tốt	□ Bất thường	
Thị giác	Câu hỏi		□ Tốt □ Cần đánh giá cụ thể [Mục câu hỏi liên quan : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4]						
	Kiểm tra thị lực		□ Bảng thị lực hình ảnh □ Bảng thị lực số			Bên trái: Bên phải: Hai mắt:			
		□ Tốt □ Cần đánh giá cụ thể □ Kiểm tra chưa được chấp nhận							
Thính giác	Câu hỏi		□ Tốt □ Cần đánh giá cụ thể [Mục câu hỏi liên quan : □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ Liên quan đến K-DST]						
Tiền hành giáo dục sức khỏe		□ Giáo dục đề phòng tai nạn □ Giáo dục dinh dưỡng □ Giáo dục chuẩn bị cho trẻ trước khi đi học							
Kết quả đánh giá mức độ phát triển		□ Tốt							
		□ Cần được kiểm tra thêm		□ Vận động thô	□ Vận động tinh	□ Mặt nhận thức	□ Mặt ngôn ngữ	□ Mặt xã hội	□ Tự lập]
		□ Đề nghị đánh giá sâu thêm		□ Vận động thô	□ Vận động tinh	□ Mặt nhận thức	□ Mặt ngôn ngữ	□ Mặt xã hội	□ Tự lập]
		[Liên quan đến câu hỏi thêm □ Phát triển về mặt xã hội(S)]							
		□ Cần quản lý liên tục							
Nhận định tổng hợp		□ Tốt		□ Chú ý		□ Cần đánh giá cụ thể			
Ý kiến và biện pháp xử lý									
Số cơ quan y tế		Tên cơ quan khám							
Ngày khám		Số giấy phép		Tên bác sỹ		(Ký tên)			

* Trong trường hợp bệnh đặc biệt có tỷ lệ mắc bệnh thấp thì cũng có thể không phát hiện được bệnh thông qua khám sức khỏe.
 * Quý vị hãy tiếp tục duy trì tình trạng sức khỏe hiện tại của trẻ bằng cách quản lý sức khỏe liên tục dù kết quả kiểm tra được đánh giá tốt, và trong trường hợp kết quả nhận định ghi là cần đánh giá cụ thể hoặc cần lưu ý thì hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn.
 * Trong trường hợp ở bản Thông báo kết quả khám sức khỏe này có ghi ý kiến của bác sĩ cho rằng cần được trợ cấp chi phí điều dưỡng, thì có thể dùng thông báo này thay cho Giấy yêu cầu trợ cấp chi phí điều dưỡng (Giấy yêu cầu được điều trị bệnh) để được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tuyến trên.
 * Nếu Quý vị mang theo giấy thông báo kết quả này trong lần kiểm tra sau thì sẽ giúp ích nhiều cho việc nhận định kết quả khám sức khỏe.

BẢN THÔNG BÁO KẾT QUẢ KIỂM TRA SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG CHO TRẺ EM

(Dùng cho trẻ từ 18-29 tháng tuổi)

Tên trẻ được khám		Số CMND	- 3(4)
Địa chỉ		Số điện thoại	

Đánh giá bảng câu hỏi

Vấn đề về tiền sử bệnh nha khoa	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Vấn đề về thói quen sức khỏe răng miệng	Hấp thụ đường	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
Vấn đề về nhận thức sức khỏe răng miệng	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		Vệ sinh răng miệng	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
			Sử dụng flo	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có

Kết quả kiểm tra sức khỏe răng miệng

Mục	Liên quan	Các mục kiểm tra	Kết quả kiểm tra	Tham khảo kết quả																					
Kiểm tra răng	Bệnh sâu răng (Răng có lỗ sâu)	Tình trạng răng <table border="1"> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </table>			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	
		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65														
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75														
		Cách biểu thị	Răng sâu ●	Răng nghi bị sâu ○	Răng đã trám lại F																				
Răng bị sâu	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	※ Tỷ lệ sâu răng sữa (Năm 2006/%) <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Tổng</td> <td>Nam</td> <td>Nữ</td> </tr> <tr> <td>2 tuổi</td> <td>13</td> <td>9</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>3 tuổi</td> <td>27</td> <td>15</td> <td>23</td> </tr> </table> (Bỏ v tế và phúc lợi. 2006 điều tra thực trạng sức khỏe răng miệng toàn dân. 2007) ※ Giải thích về các mục kiểm tra ① Răng sâu : Răng có lỗ sâu ② Răng nghi bị sâu ở kẽ : răng bị nghi có lỗ sâu giữa kẽ răng ③ Răng đã trám lại : răng được trám hay chụp vào bằng các chất liệu như vàng, nhựa nha khoa, amalgam để trị các lỗ sâu răng			Tổng	Nam	Nữ	2 tuổi	13	9	32	3 tuổi	27	15	23										
	Tổng	Nam	Nữ																						
2 tuổi	13	9	32																						
3 tuổi	27	15	23																						
Răng nghi bị sâu ở kẽ	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có																								
Răng đã trám lại	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có																								
Ý kiến về việc kiểm tra các phần khác																									
Kiểm tra vệ sinh răng miệng	Bệnh sâu răng	Cặn thức ăn và mảng cao răng	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Cần cải thiện																						

Nhận định tổng hợp và biện pháp xử lý

Nhận định tổng hợp <input type="checkbox"/> Bình thường A <input type="checkbox"/> Bình thường B <input type="checkbox"/> Cần lưu ý <input type="checkbox"/> Cần điều trị			
Biện pháp xử lý <input type="checkbox"/> Hấp thụ đường (đinh dưỡng) <input type="checkbox"/> Vệ sinh răng miệng <input type="checkbox"/> Sử dụng flo	Cần giáo dục bảo vệ sức khỏe răng miệng	Khuyến cáo quản lý sau khám <input type="checkbox"/> Kiểm tra răng miệng kỹ càng hơn (chụp X-quang...) <input type="checkbox"/> Gặp chuyên gia để quản lý vệ sinh răng miệng <input type="checkbox"/> Xử lý phòng ngừa đặc biệt (trám răng, trám flo...) <input type="checkbox"/> Điều trị bệnh răng miệng (trị sâu răng...)	Biện pháp xử lý bổ sung
	Giải thích kết quả		

Cơ quan y tế số		Tên cơ quan kiểm tra		Tên bác sỹ kiểm tra	(Ký tên)
Ngày kiểm tra		Năm tháng ngày		Số giấy phép	

※ Lần kiểm tra sức khỏe răng miệng này được tiến hành theo các phương pháp kiểm tra tập trung vào bệnh sâu răng nên không thể phát hiện một cách chính xác tất cả các bệnh về răng miệng, do vậy cần được bác sỹ tư vấn các biện pháp xử lý.

BẢN THÔNG BÁO KẾT QUẢ KIỂM TRA SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG CHO TRẺ EM

(Dùng cho trẻ từ 42-53 tháng tuổi)

Tên trẻ được khám		Số CMND	- 3(4)
Địa chỉ		Số điện thoại	

Đánh giá bằng câu hỏi

Vấn đề về tiền sử bệnh nha khoa	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Vấn đề về thói quen sức khỏe răng miệng	Hấp thụ đường	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
			Vệ sinh răng miệng	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
			Sử dụng flo	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có

Kết quả kiểm tra sức khỏe răng miệng

Mục	Bệnh liên quan	Các mục kiểm tra	Kết quả kiểm tra	Tham khảo kết quả																																			
Kiểm tra răng	Bệnh sâu răng (Răng có lỗ sâu)	Tình trạng răng <table border="1"> <tr> <td>16</td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>26</td> </tr> <tr> <td>46</td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>36</td> </tr> </table>												16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36		
		16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26																										
		46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36																										
		Cách biểu thị	Răng sâu	●	Răng nghi bị sâu	●	Răng đã trám lại	F	Bị kín lỗ ở răng	Se																													
		Răng bị sâu	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	※ Tỷ lệ sâu răng sữa (Năm 2006/%) <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Tổng</td> <td>Nam</td> <td>Nữ</td> </tr> <tr> <td>2 tuổi</td> <td>13</td> <td>9</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>3 tuổi</td> <td>27</td> <td>15</td> <td>23</td> </tr> </table>					Tổng	Nam	Nữ	2 tuổi	13	9	32	3 tuổi	27	15	23																				
	Tổng	Nam	Nữ																																				
2 tuổi	13	9	32																																				
3 tuổi	27	15	23																																				
Răng nghi bị sâu ở kẽ	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	(Bộ y tế và phúc lợi. 2006 điều tra thực trạng sức khỏe răng miệng toàn dân. 2007) ※ Giải thích về các mục kiểm tra ① Răng sâu : Răng có lỗ sâu ② Răng nghi bị sâu ở kẽ : răng bị nghi có lỗ sâu giữa kẽ răng ③ Răng đã trám lại : răng được trám hay chụp vào bằng các chất liệu như vàng, nhựa nha khoa, amalgam để trị các lỗ sâu răng																																					
Răng đã trám lại	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có																																						
Răng có nguy cơ bị sâu	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có																																						
Ý kiến về việc kiểm tra các phần khác																																							
Kiểm tra vệ sinh răng miệng	Bệnh sâu răng	Cần thức ăn và mảng cao răng	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Cần cải thiện																																				
Nhận định tổng hợp và biện pháp xử lý																																							
Nhận định tổng hợp		<input type="checkbox"/> Bình thường A <input type="checkbox"/> Bình thường B <input type="checkbox"/> Cần lưu ý <input type="checkbox"/> Cần điều trị																																					
Biện pháp xử lý	Cần giáo dục bảo vệ sức khỏe răng miệng	Khuyến cáo quản lý sau khám		Biện pháp xử lý bổ sung																																			
	<input type="checkbox"/> Hấp thụ đường (dinh dưỡng) <input type="checkbox"/> Vệ sinh răng miệng <input type="checkbox"/> Sử dụng flo	<input type="checkbox"/> Kiểm tra răng miệng kỹ càng hơn (chụp X-quang...) <input type="checkbox"/> Gặp chuyên gia để quản lý vệ sinh răng miệng <input type="checkbox"/> Xử lý phòng ngừa đặc biệt (trám răng, trám flo...) <input type="checkbox"/> Điều trị bệnh răng miệng (trị sâu răng...)																																					
Giải thích kết quả																																							

Cơ quan y tế số		Tên cơ quan kiểm tra		Tên bác sỹ kiểm tra	(Ký tên)
Ngày kiểm tra		Năm	tháng	ngày	Số giấy phép

※ Lần kiểm tra sức khỏe răng miệng này được tiến hành theo các phương pháp kiểm tra tập trung vào bệnh sâu răng nên không thể phát hiện một cách chính xác tất cả các bệnh về răng miệng, do vậy cần được bác sỹ tư vấn các biện pháp xử lý.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡ 또는 NCR 2P 60g/㎡]

BẢN THÔNG BÁO KẾT QUẢ KIỂM TRA SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG CHO TRẺ EM

(Dùng cho trẻ từ 54-65 tháng tuổi)

Tên trẻ được khám	Số CMND	- 3(4)
Địa chỉ	Số điện thoại	

Đánh giá bảng câu hỏi

Vấn đề về tiền sử bệnh nha khoa	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Vấn đề về thói quen sức khỏe răng miệng	Hấp thụ đường	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
Vấn đề về nhân thức sức khỏe răng miệng	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có		Vệ sinh răng miệng	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
			Sử dụng flo	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có

Kết quả kiểm tra sức khỏe răng miệng

Mục	Bệnh liên quan	Các mục kiểm tra	Kết quả kiểm tra	Tham khảo kết quả																																																	
Kiểm tra răng	Bệnh sâu răng (Răng có lỗ sâu)	Tình trạng răng <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>16</td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td>26</td> </tr> <tr> <td>46</td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td>36</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								12	11	21	22					16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36					42	41	31	32				
						12	11	21	22																																												
		16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26																																								
		46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36																																								
						42	41	31	32																																												
Cách biểu thị	Răng sâu ●	Răng nghi bị sâu ○	Răng đã trám lại F	Bit kín lỗ ở răng Se																																																	
Răng bị sâu	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	※ Tỷ lệ sâu răng sữa (Năm 2006/%) <table border="1" style="margin: 5px auto;"> <tr> <td></td><td>Tổng</td><td>Nam</td><td>Nữ</td></tr> <tr> <td>2 tuổi</td><td>13</td><td>9</td><td>32</td></tr> <tr> <td>3 tuổi</td><td>27</td><td>15</td><td>23</td></tr> </table>				Tổng	Nam	Nữ	2 tuổi	13	9	32	3 tuổi	27	15	23																																					
	Tổng	Nam	Nữ																																																		
2 tuổi	13	9	32																																																		
3 tuổi	27	15	23																																																		
Răng nghi bị sâu ở kẽ	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	(Bỏ v tế và nhúc lợi. 2006 điều tra thực trạng sức khỏe răng miệng toàn dân. 2007)																																																			
Răng đã trám lại	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	※ Giải thích về các mục kiểm tra																																																			
Răng có nguy cơ bị sâu	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	① Răng sâu : Răng có lỗ sâu ② Răng nghi bị sâu ở kẽ : răng bị nghi có lỗ sâu giữa kẽ răng ③ Răng đã trám lại : răng được trám hay chụp vào bằng các chất liệu như vàng, nhựa nha khoa, amalgam để trị các lỗ sâu răng ④ Răng có nguy cơ bị sâu : răng có nguy cơ phát sinh lỗ sâu, cần được trám bịt kín vết lỗ đó lại																																																			

Y kiến về việc kiểm tra các phần khác	
---------------------------------------	--

Kiểm tra vệ sinh răng miệng	Bệnh sâu răng	Cần thức ăn và mảng cao răng	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Cần cải thiện
-----------------------------	---------------	------------------------------	--

Nhận định tổng hợp và biện pháp xử lý

Nhận định tổng hợp	<input type="checkbox"/> Bình thường A <input type="checkbox"/> Bình thường B <input type="checkbox"/> Cần lưu ý <input type="checkbox"/> Cần điều trị
--------------------	--

Biện pháp xử lý	Cần giáo dục bảo vệ sức khỏe răng miệng	Khuyến cáo quản lý sau khám	Biện pháp xử lý bổ sung
	<input type="checkbox"/> Hấp thụ đường (dinh dưỡng) <input type="checkbox"/> Vệ sinh răng miệng <input type="checkbox"/> Sử dụng flo	<input type="checkbox"/> Kiểm tra răng miệng kỹ càng hơn (chụp X-quang...) <input type="checkbox"/> Gặp chuyên gia để quản lý về sinh răng miệng <input type="checkbox"/> Xử lý phòng ngừa đặc biệt (trám răng, trám flo...) <input type="checkbox"/> Điều trị bệnh răng miệng (trị sâu răng...)	

Giải thích kết quả	
--------------------	--

Cơ quan y tế số	Tên cơ quan kiểm tra	Tên bác sỹ kiểm tra	(Ký tên)
Ngày kiểm tra	Năm tháng ngày	Số giấy phép	

※ Lần kiểm tra sức khỏe răng miệng này được tiến hành theo các phương pháp kiểm tra tập trung vào bệnh sâu răng nên không thể phát hiện một cách chính xác tất cả các bệnh về răng miệng, do vậy cần được bác sỹ tư vấn các biện pháp xử lý.