[5] 단순서식변경

婴幼儿体检问诊表（9~12个月用）

受检者姓名		身份证号码		监护人联系方式	
监护人姓名		与体检者的关系		邮箱地址	

婴幼儿健康体检的目的在于确认婴幼儿的成长与发育是否正常，而不是为了发现某种特定疾病。是否已清楚这一事实？

是 □ 否 □

1. 孩子的出生年月日： 年 月 日　　2. 出生时的体重： ■.■ kg（小数点后一位）

3. 孩子是否属于早产儿？①是(☞预产期为？ 年 月 日　　2. 否

4. 请标示出截至目前接受过的预防接种。(请在相应栏中，标示出接种次数。)

	BCG	B型肝炎	DPT	小儿麻痹(脊髓灰质炎)	肺炎球菌	B型嗜血杆菌
实施次数						

5. 是否因发育问题接受过诊疗，或患有某种疾病正在接受治疗？①是　②否　　如果有的话，请详细陈述诊断名称？ _____

视觉

是① 否②

1	孩子是否可以正常对视？	① ②
2	眼球位置是否异常？（是否存在眼睛向内侧或无焦点向外侧瞥的情况?）	① ②
3	黑眼球(瞳孔)是否浑浊？	① ②
4	家族中，是否有人患遗传性眼部疾病？	① ②

听觉

是① 否②

1	当孩子听到有人喊名字、电话铃响或人的声音时、是否有反应？	① ②
2	独处时，是否会独自发出咿咿呀呀的声音？	① ②
3	当有地方发出声音时，眼睛是否会循着声音地方望去？	① ②
4	当与孩子说话时，孩子是否集中精神听？	① ②
5	是否偶尔发出B, B, M开头的声音？	① ②

安全事故预防教育

是① 否②

1	孩子是否拿着花生、葡萄或扣子等小的物件玩耍？	① ②
2	孩子是否坐过学步车？	① ②
3	是否将滚烫的饮料或食物放置在餐桌或书桌边上？	① ②
4	是否有过暂时将婴儿独自放在沐浴桶、 浴缸或卫生间里的情形？	① ②
5	儿童座椅的放置位置是否可以保证孩子看到车后?(无儿童座椅或轿车时 ③)	① ② ③

口腔教育

是① 否②

1	孩子睡觉时是否叼着奶瓶或咬着乳头睡？	① ②
2	是否做过拿掉奶瓶的练习？	① ②
3	您觉得孩子是否有龋齿？	① ②
4	孩子是否有带白色斑点的牙齿？	① ②
5	您认为孩子的口腔卫生标准是否良好？	① ②
6	是否给孩子按时刷牙？	① ②

营养教育

1	每天喂食孩子几次断奶辅食(断奶食)？ ① 1次 ② 2次 ③ 3次 ④ 4次以上	① ② ③ ④
2	断奶添加辅食时，主要喂食何种食物？(请在相应位置标示) ① 谷物 ② 蔬菜 ③ 水果 ④ 鸡蛋 ⑤ 鱼 ⑥ 肉	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
3	目前给孩子喂什么？(请在相应位置标示) ① 母乳 ② 普通奶粉 ③ 特殊奶粉 ④ 鲜牛奶 ⑤ 发酵乳制品 (奶酪/纯酸奶等)	① ② ③ ④ ⑤
4	下列食物中、哪些曾喂食过孩子？(请在相应位置标示) ① 素食 ② 蜂蜜 ③ 盐或糖 ④ 无上述情况	① ② ③ ④

※ 如果您接收的体检已超过规定的体检次数，该体检费用则将被认作是不当所得款并予以追回。