

## 영유아 건강검진 문진표 (9~12개월용)

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

※ 귀하께서는 국민건강보험공단 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까?

예 ☐ 아니오 ☐

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부담이득금으로 환수됩니다.

|                                                                |                                                               |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 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 홍역,볼거리,풍진 수두 A형 간염 일본뇌염 |
| 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?                              | ① ② |
| 2 | 눈동자의 위치가 이상합니까? (안쪽으로 물리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?) | ① ② |
| 3 | 검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?                          | ① ② |
| 4 | 가족 중에 눈과 관련된 유전질환을 가진 사람이 있습니까?             | ① ② |

 청각

예 ①

아니오 ②

|   |                                        |     |
|---|----------------------------------------|-----|
| 1 | 이름을 부르는 소리, 전화 벨소리, 사람 목소리 등에 반응합니까?   | ① ② |
| 2 | 혼자 있을 때도 재잘거리는 웅얼이를 합니까?               | ① ② |
| 3 | 소리가 나는 곳을 눈으로 따라가며 봅니까?                | ① ② |
| 4 | 아이에게 말을 할 때 아이가 집중해서 듣습니까?             | ① ② |
| 5 | ㅂ, ㅃ, ㅄ 으로 시작하는 말하는 듯한 소리를 가끔 내기도 합니까? | ① ② |

 안전사고 예방 교육

예 ①

아니오 ②

|   |                                                  |       |
|---|--------------------------------------------------|-------|
| 1 | 아이가 땅콩, 포도, 단추와 같은 조그만 물건을 가지고 놀니까?              | ① ②   |
| 2 | 아이를 보행기에 태운 적이 있습니까?                             | ① ②   |
| 3 | 식탁이나 테이블 가장자리에 뜨거운 음료나 음식을 놔 둡니까?                | ① ②   |
| 4 | 목욕통, 욕조나 화장실 안에 아이를 잠시라도 혼자 둔 적이 있습니까?           | ① ②   |
| 5 | 아이가 자동차 뒤를 바라보도록 카시트를 설치합니까? (카시트나 승용차가 없는 경우 ③) | ① ② ③ |

 구강 교육

예 ①

아니오 ②

|   |                              |     |
|---|------------------------------|-----|
| 1 | 아이가 잘 때 분유병이나 젖을 물고 잡니까?     | ① ② |
| 2 | 분유병을 떼는 연습을 하고 계십니까?         | ① ② |
| 3 | 아이에게 충치가 있다고 생각하십니까?         | ① ② |
| 4 | 아이의 치아 중 흰 반점이 보이는 치아가 있습니까? | ① ② |
| 5 | 아이의 구강 위생 수준은 양호하다고 생각 하십니까? | ① ② |
| 6 | 아이의 치아를 규칙적으로 닦아주십니까?        | ① ② |

 영양 교육

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