

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 부당이득금으로 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 맞춥니까?	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, ㅍ 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? 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) 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) 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) ① 선식 ② 꿀 ③ 소금이나 설탕 ④ 해당 없음	① ② ③ ④