



| | | | | | |
|--------|--|----------|--|--------------|--|
| 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 몸무게 : ____ 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 문제(발달지연, 발달장애 등)로 진단을 받았거나 치료 중인 질환이 있습니까? (있다면 구체적인 진단명은?)
① 예() ② 아니요

안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

| | | | |
|---|--|---|---|
| 1 | 집 내부의 계단, 창문, 베란다에 안전문이나 걸쇠 등 아이를 위한 안전장치를 해놓았습니까? | ① | ② |
| 2 | 어린이 풀이나 욕조 안에 아이를 혼자 둔 적이 있습니까? | ① | ② |
| 3 | 양초, 라이터, 전기기구와 전깃줄을 아이 손에 닿지 않는 곳에 보관합니까? | ① | ② |
| 4 | 아이가 자전거, 인라인 스케이트, 썬닝카 등을 탈 때 항상 헬멧과 보호대를 사용합니까? | ① | ② |
| 5 | 차가 다니는 길에서 아이가 놀 때가 있습니까? | ① | ② |
| 6 | 자동차 이동 시 단계별 카시트나 보조의자를 반드시 사용합니까? | ① | ② |

정서 및 사회성 교육

① 예 ② 아니요

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 아이가 원하거나 생각하는 것을 대다수의 상대가 이해할 수 있게 말로 표현할 수 있습니까? | ① | ② |
| 2 | 아이가 또래와 노는 것을 좋아합니까? | ① | ② |
| 3 | 아이가 역할 놀이를 할 수 있습니까? | ① | ② |
| 4 | 예전에 비해 아이가 짜증을 내거나 화를 내는 일이 줄어들고 있습니까? | ① | ② |
| 5 | 아이가 다른 사람의 감정에 공감하는 것을 언어적, 비언어적 표현(공감의 말, 또는 표정과 행동)을 통해 확인할 수 있습니까? | ① | ② |
| 6 | 아이가 협동놀이(서로 역할을 정해서 놀이를 하거나 협동하며 충분히 상호관계를 이루어 함께 어울림)를 할 수 있습니까? | ① | ② |

영양 교육

① 예 ② 아니요

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 아이가 하루에 세 번 식사를 합니까? | ① | ② |
| 2 | 아이가 생우유를 하루에 두 잔(500mL) 정도 마십니까? | ① | ② |
| 3 | 통곡물 섭취가 건강에 도움이 되는 것을 알고 있습니까? | ① | ② |
| 4 | 아이가 당분이 첨가된 음료수(탄산음료, 스포츠 음료, 어린이용 음료 등)나 과일주스를 피하고 있습니까? | ① | ② |
| 5 | 아이가 먹는 음식은 싱겁게 조리하는 편입니까? | ① | ② |

수면 관련

① 예 ② 아니요

| | | | |
|---|--|---|---|
| 1 | 아이가 저녁 몇 시쯤 잠이 듭니까? ① 9시 전 ② 9-10시전 ③ 10-11시전 ④ 11-12시전 ⑤ 12시 이후 | | |
| 2 | 아이가 코를 고는 날이 일주일에 3일 이상 있습니까? | ① | ② |
| 3 | 아이가 하루 평균 몇 시간 잠을 잡니까? ① 낮잠: ()시간 ()분 ② 밤잠: ()시간 ()분 | | |
| 4 | 아이의 수면에 문제가 있습니까? | ① | ② |

시각 관련

① 예 ② 아니요

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 아이가 정면에 있는 사물을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까? | ① | ② |
| 2 | 책, TV, 물건 등을 볼 때 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 봅니까? | ① | ② |
| 3 | 아이의 눈이 가끔 가운데로 물리거나 밖으로 향합니까? | ① | ② |

청각 관련

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 한쪽 귀나 양쪽 귀가 난청으로 진단받은 적이 있습니까? | ① | ② | |
| 4 | 아이가 급성중이염(이통, 발열 등)을 여러 번 앓은 적이 있습니까? (6개월간 4회 이상, 1년간 6회 이상) | ① | ② | |
| 5 | 귓속말검사를 시행하였습니까? | ① | ② | |
| 6 | 귓속말검사서 아이가 모든 그림을 정확히 가리켜 맞혔습니까? | ① | ② | ③ |

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