

# 영유아 건강검진 문진표 (9~12개월용)

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

영유아건강검진은 **영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인**하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까?  
 예  아니오

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
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 몰리거나 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 응얼이를 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 둥습니까?	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

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부담이득금으로 환수됩니다. 210mmX297mm[일반용지 60/㎡(재활용품)]