



## 영유아건강검진 문진표 54~60개월용

|        |  |          |  |              |  |
|--------|--|----------|--|--------------|--|
| 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 이해하셨습니까?

예 ☐ 아니요 ☐

1. 아이의 생년월일 : \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일      2. 출생 시 체중 : □.□□ 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 | 디프티 | 소아마비<br>(폴리오) | 폐구균 | B형<br>헤모필루스균 | 홍역·볼거리·<br>풍진 | 수두 | 일본뇌염 |
|-------------|-----|-------|-----|---------------|-----|--------------|---------------|----|------|
|             |     |       |     |               |     |              |               |    |      |

5. 발달 문제로 진단을 받거나 치료 중인 질환이 있습니까? ① 예 ② 아니요 (있다면 구체적인 진단명은? \_\_\_\_\_)

### 안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

|   |                                                                       |   |   |
|---|-----------------------------------------------------------------------|---|---|
| 1 | 아이가 자전거나 인라인 스케이트를 탈 때 항상 헬멧, 보호대를 사용합니까?                             | ① | ② |
| 2 | 차가 다니는 길에서 아이가 놀 때가 있습니까?                                             | ① | ② |
| 3 | 자동차 이동 시 연령에 맞는 카시트나 보조 의자를 반드시 사용합니까?                                | ① | ② |
| 4 | 아이가 물놀이 할 때 지켜야 할 규칙을 알고 있습니까?                                        | ① | ② |
| 5 | 양초, 라이터, 전기기구와 전깃줄을 아이 손에 닿지 않는 곳에 보관합니까?                             | ① | ② |
| 6 | 의약품이나 화학제품(표백제, 세정제, 광택제 등) 혹은 날카로운 물건 등을 아이의 손이 닿지 않는, 잠기는 곳에 보관합니까? | ① | ② |

### 영양 교육

① 예 ② 아니요

|   |                                                                         |   |   |
|---|-------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 1 | 아이가 건강한 식습관을 가지고 있습니까?                                                  | ① | ② |
| 2 | 아이가 물 대신 음료수, 과일주스를 선호하여 자주 마십니까?                                       | ① | ② |
| 3 | 아이가 매일 유제품(우유, 플레인 요거트, 치즈 등)을 먹습니까?                                    | ① | ② |
| 4 | 아이가 일반우유 대신 저지방우유를 마시고 있습니까?                                            | ① | ② |
| 5 | 아이가 매일 다양한 잡곡, 채소, 과일을 섭취하고 있습니까?                                       | ① | ② |
| 6 | 아이가 달고 짜고 기름진 인스턴트식품이나 패스트 푸드를 자주 먹습니까?(예를 들어 과자, 아이스크림, 햄버거, 치킨, 피자 등) | ① | ② |
| 7 | 아이가 TV, 동영상, 스마트폰, 게임 등을 하는 시간이 하루 2시간 이상입니까?                           | ① | ② |
| 8 | 아이가 하루 1시간 이상 숨차고 땀이 날 정도로 뛰어 놀거나 운동을 합니까?                              | ① | ② |

### 시각 관련

① 예 ② 아니요

|   |                                 |   |   |
|---|---------------------------------|---|---|
| 1 | 아이의 눈이 가끔 멍하거나 초점이 이상할 때가 있습니까? | ① | ② |
|---|---------------------------------|---|---|

### 전자미디어 노출 교육

① 예 ② 아니요

|   |                                                                      |   |   |
|---|----------------------------------------------------------------------|---|---|
| 1 | 아이가 전자미디어(예: 스마트폰, TV, 태블릿PC 등)로 무엇을 보는지 알고 있습니까?                    | ① | ② |
| 2 | 전자미디어 사용에 대한 규칙이 있습니까?                                               | ① | ② |
| 3 | 아이가 전자미디어 사용규칙을 지킵니까?                                                | ① | ② |
| 4 | 아이의 하루 평균 전자미디어 노출시간은 얼마나 됩니까?<br>① 전혀 없음 ② 1시간 이내 ③ 2시간 이내 ④ 2시간 이상 | ① | ② |

### 청각 관련

① 예 ② 아니요

|   |                                              |   |   |
|---|----------------------------------------------|---|---|
| 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 듣기와 말하기에서 걱정되는 문제가 있습니까?                 | ① | ② |
| 4 | 원활한 초등학교 생활을 위해 아이가 청력검사(순음 청력검사)를 받았습니까?    | ① | ② |
| 5 | 아이의 한쪽 귀나 양쪽 귀가 '난청'으로 진단받은 적이 있습니까?         | ① | ② |
| 6 | 아이의 한쪽 또는 양쪽 귀에 보청기 또는 인공와우를 착용하고 있습니까?      | ① | ② |

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

210mmx279mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]