

# TỜ KHAI TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE CỦA TRẺ (Mẫu 3-2)

Ngày điền: ngày      tháng      năm

Tên trẻ	Phiên âm	Nam Nữ	Ngày sinh	ngày      tháng      năm (      tuổi      tháng	
Tình trạng lúc mới sinh	• Cân nặng (      g)      • Chiều cao (      cm)	trạng		Cân nặng (      g) Chiều cao (      cm)	
	• Thời gian mang thai (      tuần)	hiện tại			
Tiêm phòng	• Bất thường khi sinh      Không      • Có (      )	Tên trường (Nguyễn vọng 1)			
	• Trường hợp sinh non (cân nặng dưới 2500g lúc sinh), có đi khám định kỳ không?      Có      • Không				
Hãy đánh dấu vào những mũi trẻ đã tiêm phòng <input type="checkbox"/> Vắc-xin Hib <input type="checkbox"/> Phế cầu khuẩn cho trẻ <input type="checkbox"/> Virus Rota <input type="checkbox"/> Vắc xin 4 trong 1 Bạch hầu, bại liệt, ho gà, uốn ván (DPT-IPV) <input type="checkbox"/> Viêm não Nhật Bản mũi 1 <input type="checkbox"/> Viêm gan B <input type="checkbox"/> Lao phổi <input type="checkbox"/> Thủy đậu <input type="checkbox"/> Sởi, Rubella (MR) mũi 1 <input type="checkbox"/> Quai bị <input type="checkbox"/> Sởi, Rubella (MR) mũi 2 <input type="checkbox"/> Khác (      )					

Khoanh tròn (○) vào số tương ứng và ghi cụ thể vào ngoặc đơn (Có thể chọn hơn một đáp án)

T i n h t r a n g s ú c k h o e	Dị ứng	• Không      • Có ⇒ Trứng      • Sữa tươi      • Lúa mì      • Đậu nành      • Khác (      )	
	Co giật	• Không      • Có ⇒ (      lần), (lúc      tuổi      tháng) Nguyên nhân (      )	
	Ăn uống	Đang bú	• Sữa mẹ      • Sữa công thức ( 1 lần      cc, 1 ngày      lần)      • Cả sữa mẹ và sữa công thức
		Cách ăn	• Đút cho ăn      • Bốc ăn      • Tự cầm thìa, đĩa xúc ăn • Có thể dùng cốc      • Có thể cầm bình hút
		Dạng thức ăn	• Dạng đã nghiền mịn      • Dạng mềm có thể nghiền bằng lưới • Dạng mềm có thể nghiền bằng      • Dạng mềm có thể cán bằng lợi • Thức ăn cho em bé      • Khác (      )
Bài tiết	• Dùng bím • Vẫn dùng bím nhưng đôi khi có thể nói hoặc ra hiệu nếu sắp đi • Nếu bảo đi vệ sinh thì sẽ đi nhưng cần có người giúp • Sẽ thông báo nếu muốn đi vệ sinh • Đi tại nhà vệ sinh tuy vẫn chưa thể làm thật tốt		
Ngủ	• Ngủ một mình • Có tật khi ngủ (      ) • Cần người ngủ cùng • Thời gian ngủ (Tối      :      ~ Sáng      :      ) • Ngủ trưa Thời gian (      :      ~      :      )		
T i n h t r a n g p h á t r i ể n	Ởi quần áo	• Người lớn cởi cho • Nếu có người giúp thì sẽ tự giơ tay, giơ chân để cố tự cởi • Cố gắng tự cởi • Có thể tự cởi quần áo đơn giản	
	Ngôn ngữ	• Nếu bắt chuyện thì sẽ bật ra tiếng để đáp lại • Dùng giọng nói, ngón tay, bàn tay để thể hiện yêu cầu • Nói những từ có nghĩa (mẹ, bye bye, gâu gâu) • Trẻ có nói những cụm từ đơn giản như "chó đến" • Có thể nói cả đoạn hội thoại	
	Vận động	• Nghển cổ (lúc      tháng)      • Lẫy (lúc      tháng)      • Bò (lúc      tháng) • Nếu đỡ thì có thể ngồi (lúc      tháng)      • Có thể ngồi mà không cần đỡ (lúc      tháng) • Vịn để đứng (lúc      tháng)      • Vịn đi (lúc      tháng)      • Tự đi (lúc      tháng)	
	Cảm xúc	• Nụng thì cười (lúc      tháng) • Biết lạ người (lúc      tháng) • Chỉ ngón tay • Chìa tay (lúc      tháng)	

## TÌNH TRẠNG HIỆN TẠI

Tên chẩn đoán	
1 Sổ tay chứng nhận khuyết tật      Không      •      Có      (Ghi cụ thể ở bên dưới)	
<b>【Mức độ khuyết tật】</b>	Mức độ _____ Sổ tay khuyết tật thân thể      •      của Sổ tay điều trị
<b>【Bác sĩ điều trị】</b>	Bệnh viện: _____ Khoa: _____ Bác sĩ _____
2 Cần chăm sóc y tế      Không      •      Có      (Ghi cụ thể ở bên dưới)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinh dưỡng qua ống thông (Qua mũi • Qua dạ dày • Qua đường ruột) • Quản lý oxy • Quản lý máy thở</li> <li>• Tiểu tiện (Trợ giúp một phần • Trợ giúp hoàn toàn) • Hút (Khoang mũi miệng • Ống ngậm airway • Ống thông mũi cannula)</li> <li>• Đo đường huyết • Tiêm insuline • Dùng thuốc vào giờ nhất định • Quản lý hậu môn nhân tạo</li> <li>• Khác ( _____ )</li> </ul>	
<b>【Nội dung cụ thể】</b>	
<b>【Bác sĩ gia đình】</b> Bệnh viên: _____ Khoa: _____ Bác sĩ: _____ _____ Bệnh viên: _____ Khoa: _____ Bác sĩ: _____ _____ _____	
3 Những lưu ý mà bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ gia đình cho là cần thiết khi gửi trẻ ở tập thể	
Nội dung lưu ý:	
4 Hiện đang nhận trợ cấp nuôi dưỡng trẻ đặc biệt      Có      •      Không	
5 Sử dụng thuốc      Không      •      Có      (Ghi cụ thể ở bên dưới)	
<b>【Tên thuốc】</b> ( _____ ) ( Sáng • Trưa • Chiều ) ( Uống • Bôi • Khác )	
<b>【Tên thuốc】</b> ( _____ ) ( Sáng • Trưa • Chiều ) ( Uống • Bôi • Khác )	
6 Sử dụng cơ sở điều trị và cơ sở hỗ trợ phát triển trẻ em <b>【Bao gồm gửi nhà trẻ, gửi trong theo giờ, gửi ban ngày ngắn hạn】</b>	
Không      •      Đã từng      •      Đang sử dụng      •      Có dự định sử dụng (Trừ trường hợp "Không", vui lòng ghi cụ thể)	
Có tiếp tục sử dụng sau khi đi nhà trẻ không?      Có      •      Không      •      Cần cân nhắc	
Tên cơ sở ( _____ )	Tần suất _____ lần • tuần      tháng
	Tần suất sử dụng sau khi đi nhà trẻ _____ lần • tu
Tên cơ sở ( _____ )	Tần suất _____ lần • tuần      tháng
	Tần suất sử dụng sau khi đi nhà trẻ _____ lần • tu

Tên trẻ	Phiên âm	Nam	Ngày	ngày tháng năm ( tuổi tháng)		
		Nữ	y sinh			

7 Khác Vui lòng ghi những nội dung khác cần lưu ý, truyền đạt về cơ thể, cách chăm sóc trẻ....

Phần dành cho người phụ trách thành phố Matsudo ghi:

Ngày phỏng vấn:            ngày            tháng            năm

Người phỏng vấn:

※Vui lòng dán vào mặt sau bản photo sổ tay khuyết tật...

- Sổ tay khuyết tật cơ thể, sổ tay điều trị thì dán ở mặt này.
- Thông báo được nhận trợ cấp nuôi dưỡng trẻ đặc biệt (hoặc giấy tờ xác nhận được nhận trợ cấp nuôi dưỡng đặc biệt), giấy chẩn đoán của bác sĩ thì nộp kèm riêng.