

영유아 건강검진 문진표(4개월용) □ 건강보험 □ 의료급여

(본 문진표는 4개월에서 6개월용입니다)

수검자성명	주민등록번호	전화번호	
		휴대전화	
보호자성명	주민등록번호	E-mail(메일) 주소	
		수검자와의 관계	
주소	시(도) 구(시, 군) 동(면) 리 번지	우편번호	-

※ 귀하께서는 국민건강보험공단, 질병관리본부 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예 아니오

영유아 건강검진은 4개월, 9개월, 2세, 3세, 4세, 5세에 시기별 특성에 적합한 항목을 단계적으로 받으실 수 있으며, 정해진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

<p>1. 아이의 실제 생년월일은? 년 월 일</p> <p>2. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (☞분만 예정일은? 년 월 일 경) ② 아니오</p> <p>3. 출생 시 체중은? <input type="checkbox"/>. <input type="checkbox"/> kg (소수 첫째 자리까지)</p> <p>4. 지금까지의 실시한 예방접종은? 해당란에 "O" 표 하십시오.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>시행함</td> <td>시행하지 않음</td> <td>횟수</td> </tr> <tr> <td>비씨지</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>B형 간염</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>디피터</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>소아마비(폴리오)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		시행함	시행하지 않음	횟수	비씨지			-	B형 간염				디피터				소아마비(폴리오)				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">건강교육(안전사고예방) 문진</th> <th style="text-align: center;">예</th> <th style="text-align: center;">아니오</th> <th style="text-align: center;">해당없음</th> </tr> <tr> <td>15. 아이를 승용차에 태울 때 항상 카시트를 사용합니까?(승용차 없는 경우 ③)</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">③</td> </tr> <tr> <td>16. 보행기를 사용합니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>17. 어린침대나 소파위에 아이를 잠시라도 혼자 남겨둔 적이 있습니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>18. 보호자가 아이를 항상 (노는 시간과 잘 때 포함) 지켜보고 있습니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>19. 아이를 안은 채 뜨거운 음료를 마신 적이 있습니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">시각 문진</th> <th style="text-align: center;">예</th> <th style="text-align: center;">아니오</th> <th style="text-align: center;">건강교육(영양) 문진</th> </tr> <tr> <td>5. 아이가 눈을 잘 맞춥니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> <td rowspan="14"> 20. 아이에게 어떤 것을 주로 먹입니까? ① 모유만 ② 일반 분유만 ③ 모유와 분유 혼합 ④ 특수 분유 21. 모유나 분유 이외에 다른 것(이유식)을 먹인 경우가 있습니까? ① 예 (☞21-1 번 문항으로) ② 아니오 (☞21-2 번 문항으로) 21-1. 위의 21번이 “예” 인 경우에 이유식을 시작한 시기는 언제입니까? ① 만 4개월 이전 ② 만 4개월 이후 21-2. 위의 21번이 “아니오” 인 경우에 이유식을 어떻게 시작할지 계획을 세웠습니까? ① 예 ② 아니오 22. 분유를 탈 때 끓여서 식힌 물을 사용합니까? ① 예 ② 아니오 ③ 해당사항 없음 23. 분유를 탈 때 어떤 물을 사용합니까? ① 시판 생수 ② 수도물 ③ 정수기 물 ④ 보리차 ⑤ 미음이나 육수 ⑥ 기타 생수(우물물 등) ⑦ 해당사항 없음 24. 생후 6개월까지 완전모유수유가 아이에게 가장 좋다는 사실을 알고계십니까? ① 예 ② 아니오 </td> </tr> <tr> <td>6. 눈동자의 위치가 이상합니까? (안쪽으로 몰리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td>7. 다른 아이에 비해서 빛에 몹시 민감하고 눈이 부시어 눈을 찡그리는 일이 많습니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td>8. 검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td>9. 가족 중에 눈에 관련된 유전질환을 가진 사람이 있습니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">청각 문진</th> <th style="text-align: center;">예</th> <th style="text-align: center;">아니오</th> </tr> <tr> <td>10. 새로운 소리에 대해 반응을 보입니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td>11. 웅알이, '아,' '오' 등의 소리를 냅니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td>12. 큰 목소리에 놀라거나 반응합니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td>13. 출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 5일 이상 입원한 적이 있습니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td>14. 신생아기에 청각선별검사(청력검사)를 실시하였습니까? ① 예 (☞14-1번 문항으로) ② 아니오 ③ 모름</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14-1. 위 14번 문항이 “예”인 경우 청각검사 결과가 양호(양측 통과 또는 이상 없음)라고 하였습니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모름</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">건강교육(수면) 문진</th> <th style="text-align: center;">예</th> <th style="text-align: center;">아니오</th> </tr> <tr> <td>25. 아이를 엎드려 재웁니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td>26. 아이의 침대나 요가 폭신합니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td>27. 아이가 부모와 같은 잠자리(침대, 요 등)에서 함께 잡니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> <tr> <td>28. 아이가 깨어 있을 때 배를 바닥에 대고 머리를 든 상태에서 놀 수 있도록 도와줍니까?</td> <td style="text-align: center;">①</td> <td style="text-align: center;">②</td> </tr> </table>	건강교육(안전사고예방) 문진	예	아니오	해당없음	15. 아이를 승용차에 태울 때 항상 카시트를 사용합니까?(승용차 없는 경우 ③)	①	②	③	16. 보행기를 사용합니까?	①	②	-	17. 어린침대나 소파위에 아이를 잠시라도 혼자 남겨둔 적이 있습니까?	①	②	-	18. 보호자가 아이를 항상 (노는 시간과 잘 때 포함) 지켜보고 있습니까?	①	②	-	19. 아이를 안은 채 뜨거운 음료를 마신 적이 있습니까?	①	②	-	시각 문진	예	아니오	건강교육(영양) 문진	5. 아이가 눈을 잘 맞춥니까?	①	②	20. 아이에게 어떤 것을 주로 먹입니까? ① 모유만 ② 일반 분유만 ③ 모유와 분유 혼합 ④ 특수 분유 21. 모유나 분유 이외에 다른 것(이유식)을 먹인 경우가 있습니까? ① 예 (☞21-1 번 문항으로) ② 아니오 (☞21-2 번 문항으로) 21-1. 위의 21번이 “예” 인 경우에 이유식을 시작한 시기는 언제입니까? ① 만 4개월 이전 ② 만 4개월 이후 21-2. 위의 21번이 “아니오” 인 경우에 이유식을 어떻게 시작할지 계획을 세웠습니까? ① 예 ② 아니오 22. 분유를 탈 때 끓여서 식힌 물을 사용합니까? ① 예 ② 아니오 ③ 해당사항 없음 23. 분유를 탈 때 어떤 물을 사용합니까? ① 시판 생수 ② 수도물 ③ 정수기 물 ④ 보리차 ⑤ 미음이나 육수 ⑥ 기타 생수(우물물 등) ⑦ 해당사항 없음 24. 생후 6개월까지 완전모유수유가 아이에게 가장 좋다는 사실을 알고계십니까? ① 예 ② 아니오	6. 눈동자의 위치가 이상합니까? (안쪽으로 몰리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)	①	②	7. 다른 아이에 비해서 빛에 몹시 민감하고 눈이 부시어 눈을 찡그리는 일이 많습니까?	①	②	8. 검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?	①	②	9. 가족 중에 눈에 관련된 유전질환을 가진 사람이 있습니까?	①	②	청각 문진	예	아니오	10. 새로운 소리에 대해 반응을 보입니까?	①	②	11. 웅알이, '아,' '오' 등의 소리를 냅니까?	①	②	12. 큰 목소리에 놀라거나 반응합니까?	①	②	13. 출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②	14. 신생아기에 청각선별검사(청력검사)를 실시하였습니까? ① 예 (☞14-1번 문항으로) ② 아니오 ③ 모름			14-1. 위 14번 문항이 “예”인 경우 청각검사 결과가 양호(양측 통과 또는 이상 없음)라고 하였습니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모름			건강교육(수면) 문진	예	아니오	25. 아이를 엎드려 재웁니까?	①	②	26. 아이의 침대나 요가 폭신합니까?	①	②	27. 아이가 부모와 같은 잠자리(침대, 요 등)에서 함께 잡니까?	①	②	28. 아이가 깨어 있을 때 배를 바닥에 대고 머리를 든 상태에서 놀 수 있도록 도와줍니까?	①	②
	시행함	시행하지 않음	횟수																																																																																																		
비씨지			-																																																																																																		
B형 간염																																																																																																					
디피터																																																																																																					
소아마비(폴리오)																																																																																																					
건강교육(안전사고예방) 문진	예	아니오	해당없음																																																																																																		
15. 아이를 승용차에 태울 때 항상 카시트를 사용합니까?(승용차 없는 경우 ③)	①	②	③																																																																																																		
16. 보행기를 사용합니까?	①	②	-																																																																																																		
17. 어린침대나 소파위에 아이를 잠시라도 혼자 남겨둔 적이 있습니까?	①	②	-																																																																																																		
18. 보호자가 아이를 항상 (노는 시간과 잘 때 포함) 지켜보고 있습니까?	①	②	-																																																																																																		
19. 아이를 안은 채 뜨거운 음료를 마신 적이 있습니까?	①	②	-																																																																																																		
시각 문진	예	아니오	건강교육(영양) 문진																																																																																																		
5. 아이가 눈을 잘 맞춥니까?	①	②	20. 아이에게 어떤 것을 주로 먹입니까? ① 모유만 ② 일반 분유만 ③ 모유와 분유 혼합 ④ 특수 분유 21. 모유나 분유 이외에 다른 것(이유식)을 먹인 경우가 있습니까? ① 예 (☞21-1 번 문항으로) ② 아니오 (☞21-2 번 문항으로) 21-1. 위의 21번이 “예” 인 경우에 이유식을 시작한 시기는 언제입니까? ① 만 4개월 이전 ② 만 4개월 이후 21-2. 위의 21번이 “아니오” 인 경우에 이유식을 어떻게 시작할지 계획을 세웠습니까? ① 예 ② 아니오 22. 분유를 탈 때 끓여서 식힌 물을 사용합니까? ① 예 ② 아니오 ③ 해당사항 없음 23. 분유를 탈 때 어떤 물을 사용합니까? ① 시판 생수 ② 수도물 ③ 정수기 물 ④ 보리차 ⑤ 미음이나 육수 ⑥ 기타 생수(우물물 등) ⑦ 해당사항 없음 24. 생후 6개월까지 완전모유수유가 아이에게 가장 좋다는 사실을 알고계십니까? ① 예 ② 아니오																																																																																																		
6. 눈동자의 위치가 이상합니까? (안쪽으로 몰리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)	①	②																																																																																																			
7. 다른 아이에 비해서 빛에 몹시 민감하고 눈이 부시어 눈을 찡그리는 일이 많습니까?	①	②																																																																																																			
8. 검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?	①	②																																																																																																			
9. 가족 중에 눈에 관련된 유전질환을 가진 사람이 있습니까?	①	②																																																																																																			
청각 문진	예	아니오																																																																																																			
10. 새로운 소리에 대해 반응을 보입니까?	①	②																																																																																																			
11. 웅알이, '아,' '오' 등의 소리를 냅니까?	①	②																																																																																																			
12. 큰 목소리에 놀라거나 반응합니까?	①	②																																																																																																			
13. 출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②																																																																																																			
14. 신생아기에 청각선별검사(청력검사)를 실시하였습니까? ① 예 (☞14-1번 문항으로) ② 아니오 ③ 모름																																																																																																					
14-1. 위 14번 문항이 “예”인 경우 청각검사 결과가 양호(양측 통과 또는 이상 없음)라고 하였습니까? ① 예 ② 아니오 ③ 모름																																																																																																					
건강교육(수면) 문진	예	아니오																																																																																																			
25. 아이를 엎드려 재웁니까?	①	②																																																																																																			
26. 아이의 침대나 요가 폭신합니까?	①	②																																																																																																			
27. 아이가 부모와 같은 잠자리(침대, 요 등)에서 함께 잡니까?	①	②																																																																																																			
28. 아이가 깨어 있을 때 배를 바닥에 대고 머리를 든 상태에서 놀 수 있도록 도와줍니까?	①	②																																																																																																			

[별지 제5호의 2서식]

영유아 건강검진 문진표(9개월용) □ 건강보험 □ 의료급여

(본 문진표는 9개월에서 12개월용입니다)

수검자성명		주민등록번호		전화번호	
				휴대전화	
보호자성명		주민등록번호		E-mail(메일) 주소	
				수검자와의 관계	
주소	시(도)	구(시, 군)	동(면)	리	번지
					우편번호

※ 귀하께서는 국민건강보험공단, 질병관리본부 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예 아니오

영유아 건강검진은 4개월, 9개월, 2세, 3세, 4세, 5세에 시기별 특성에 적합한 항목을 단계적으로 받으실 수 있으며, 정해진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

<p>1. 아이의 실제 생년월일은? ____년 ____월 ____일</p> <p>2. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (<input type="checkbox"/> 분만 예정일은? ____년 ____월 ____일 경) ② 아니오</p> <p>3. 출생 시 체중은? <input type="text"/>. <input type="text"/> kg (소수 첫째 자리까지)</p> <p>4. 지금까지의 실시한 예방접종은? 해당란에 "O" 표 하십시오.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">시행함</th> <th style="width: 15%;">시행하지 않음</th> <th style="width: 15%;">횟수</th> </tr> <tr> <td>비씨지</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>B형 간염</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>디피티</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>소아마비(폴리오)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		시행함	시행하지 않음	횟수	비씨지			-	B형 간염				디피티				소아마비(폴리오)				<p style="text-align: center; background-color: #cccccc;">건강교육(영양) 문진</p> <p>20. 이유식은 언제 시작 하였습니다? ① 4개월 이전 ② 4-6개월 ③ 7개월 이후 ④ 시작하지 않음</p> <p>21. 이유식을 하고 있다면 하루 몇 번 합니까? ① 1번 ② 2번 ③ 3번 ④ 4번 이상</p> <p>22. 이유식에 어떤 음식이 들어갑니까? (해당 항목 모두 표시) ① 곡류 ② 야채류 ③ 과일류 ④ 계란 (노른자, 흰자) ⑤ 생선 ⑥ 육류</p> <p>23. 현재 아이에게 먹이는 것은 무엇입니까? ① 모유 ② 산양유 ③ 대두유 ④ 생우유 ⑤ 철분강화 조제분유 ⑥ 일반 조제분유 ⑦ 특수 분유</p> <p>24. 다음 중에서 아이에게 먹인 음식이 있다면 무엇입니까? ① 선식 ② 야쿠르트, 요거트 ③ 꿀 ④ 해당 없음</p>
	시행함	시행하지 않음	횟수																		
비씨지			-																		
B형 간염																					
디피티																					
소아마비(폴리오)																					
시각 문진	예	아니오																			
5. 눈을 잘 맞추지 못하거나 눈동자가 흔들 립니까?	①	②																			
6. 눈동자의 위치가 이상합니까? (안쪽 으로 물리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)	①	②																			
7. 검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?	①	②																			
8. 눈꺼풀(안검)이 처져 있습니까?	①	②																			
9. 정면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	①	②																			
청각 문진	예	아니오																			
10. 이름을 부르는 소리나 전화벨 소리, 사람 목소리에 반응합니까?	①	②																			
11. 흔하게 사용하는 물건(우유병, 장난감) 이나 말("안녕" 등)을 알고 있습니까?	①	②																			
12. 혼자 있을 때도 재잘거리는 웅얼이를 합니까?	①	②																			
13. 노래나 음악(TV광고, 동요 등)에 반응을 보입니까?	①	②																			
14. 출생 후 신생아 집중치료실(중환아실) 에 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②																			
건강교육(안전사고예방) 문진	예	아니오	해당없음																		
15. 땅콩, 포도, 단추와 같은 조그만 물건을 아이에게 가지고 놉니까?	①	②	-																		
16. 보행기를 사용합니까?	①	②	-																		
17. 아이를 안은 채 뜨거운 음료를 마신 적이 있습니까?	①	②	-																		
18. 욕조나 화장실에 아이를 혼자 남겨둔 적이 있습니까?	①	②	-																		
19. 아이를 승용차에 태울 때 항상 카시트를 사용합니까? (승용차가 없는 경우 ③)	①	②	③																		
건강교육(구강)문진																					
25. 현재 아이가 잘 때 우유병을 문 채 잠니까? ① 예 ② 아니오 ③ 해당 없음																					
26. 우유병 떼는 연습을 하고 계십니까? ① 예 ② 아니오 ③ 해당 없음																					
27. 현재 아이의 치아는 몇 개 입니까? ()개/()개월																					
28. 현재 아이는 썩은 치아가 있습니까? ① 예 ② 아니오																					
29. 아이의 치아 중 유난히 뿌옇게 보이는 부분이 있습니까? ① 예 ② 아니오																					
30. 아이의 구강 위생 수준은 어떻다고 생각합니까? ① 상 ② 중 ③ 하																					
31. 아이의 치아를 규칙적으로 닦아 줍니까? ① 예 ② 아니오																					

영유아 건강검진 문진표(2세용)

건강보험 의료급여

(본 문진표는 18개월에서 24개월용입니다)

수검자성명	주민등록번호		전화번호	
			휴대전화	
보호자성명	주민등록번호		E-mail(메일) 주소	
			수검자와의 관계	
주소	시(도)	구(시, 군)	동(면) 리 번지	우편번호
				-

※ 귀하께서는 국민건강보험공단, 질병관리본부 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예 아니오

영유아 건강검진은 4개월, 9개월, 2세, 3세, 4세, 5세에 시기별 특성에 적합한 항목을 단계적으로 받으실 수 있으며, 정해진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

1. 아이의 실제 생년월일은? 년 월 일 2. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (☞분만 예정일은? 년 월 일 경) ② 아니오 3. 출생 시 체중은? <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> kg (소수 첫째 자리까지) 4. 지금까지의 실시한 예방접종은? 해당란에 "O" 표 하십시오.	16. 아이의 침대를 창문이나 커튼에서 떨어진 곳에 두었습니까? ① ② - 17. 가스레인지 위의 냄비, 솥, 프라이팬 손잡이를 아이 손이 닿지 않는 방향으로 돌려놓습니까? ① ② - 18. 목욕탕이나 욕조에 아이를 혼자 둔 적이 있습니까? ① ② - 19. 승용차를 탈 때 아이를 카시트에 고정 시켜 앉히고 장난치지 못하도록 합니까? (승용차가 없는 경우 ③) ① ② ③																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>시행함</th> <th>시행하지 않음</th> <th>횟수</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>비씨지</td> <td></td> <td></td> <td align="center">-</td> </tr> <tr> <td>B형 간염</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>디피터</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>소아마비(폴리오)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>홍역, 볼거리, 풍진</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>수두</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>일본뇌염</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		시행함	시행하지 않음	횟수	비씨지			-	B형 간염				디피터				소아마비(폴리오)				홍역, 볼거리, 풍진				수두				일본뇌염				20. 아이가 보호자와 함께 정해진 장소에서 규칙적인 식사를 합니까? ① 예 ② 아니오 21. 아이가 우유나 두유 등을 마실 때 우유병을 사용하고 있습니까? ① 예 ② 아니오 22. 아이가 과일주스나 당분이 첨가된 음료(예, 청량음료)를 하루에 얼마나 마십니까? ① 200ml(큰 컵 한 잔) 미만 ② 200ml 이상, 500ml 미만 ③ 500ml 이상 23. 아이 음식을 조리할 때 소금 간을 합니까? ① 예 ② 아니오 24. 아이에게 다양한 음식을 줄 때 어떻게 반응합니까? ① 주는 대로 골고루 먹는다. ② 좋아하는 한 가지만 먹는다. ③ 편식은 없으나 또래 아이들과 비교할 때에 주는 것 보다 적게 먹는다. ④ 씹는 음식을 싫어한다. 25. 식사 외에 비타민 보충제를 제공합니까? ① 예 ② 아니오 26. 한번 조리해서 음식을 먹인 후에 남긴 경우, 남은 음식을 보관했다가 다시 데워서 먹입니까? ① 예 ② 아니오
	시행함	시행하지 않음	횟수																														
비씨지			-																														
B형 간염																																	
디피터																																	
소아마비(폴리오)																																	
홍역, 볼거리, 풍진																																	
수두																																	
일본뇌염																																	
건강교육(영양) 문진																																	
시각 문진	예	아니오																															
5. 눈동자의 위치가 이상합니까?(안쪽으로 물리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)	①	②																															
6. 검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?	①	②																															
7. 다른 아이에 비해 빛에 몹시 민감하고 눈이 부시어 눈을 찡그리는 일이 많습니까?	①	②																															
8. 정면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	①	②																															
9. 책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가 가서 보거나 찡그리고 봅니까?	①	②																															
청각 문진	예	아니오																															
10. "배고프니?", "쉬 마려워?" 같은 단순 예-아니오 식의 질문을 이해하고 반응합니까?	①	②																															
11. 엄마, 아빠 외에 한 단어 이상 말할 수 있습니까?	①	②																															
12. 말을 듣고 익숙한 사물이나 그림을 가리킬 수 있습니까?	①	②																															
13. 눈, 코, 입 등 말을 듣고 신체 부위를 가리킬 수 있습니까?	①	②																															
14. 출생 후 신생아 집중치료실(중환아실)에 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	①	②																															
건강교육(안전사고예방) 문진	예	아니오	해당없음																														
15. 의약품, 화학제품(표백제, 세정제, 광택제 등), 날카로운 물건 등을 아이 손이 닿지 않는 잠기는 곳에 보관합니까?	①	②	-																														
건강교육(대소변가리기) 문진																																	
27. 2시간 이상 소변을 보지 않는 적이 있습니까? ① 예 ② 아니오																																	
28. 아이가 혼자서 바지를 내릴 수 있습니까? ① 예 ② 아니오																																	
29. 대소변을 의미하는 말 (응가, 쉬 등)을 알아듣거나 표현할 수 있습니까? ① 예 ② 아니오																																	
30. 유아용 변기에 관심을 보입니까? ① 예 ② 아니오																																	
31. 규칙적으로 힘들지 않게 대변을 보니까? ① 예 ② 아니오																																	
32. 대소변 가리기를 시도해 보신 적이 있습니까? ① 예 ② 아니오																																	

영유아 건강검진 문진표(3세용)

건강보험 의료급여

(본 문진표는 30개월에서 36개월용입니다)

수검자성명	주민등록번호	전화번호			
		휴대전화			
보호자성명	주민등록번호	E-mail(메일) 주소			
		수검자와의 관계			
주소	시(도)	구(시, 군)	동(면) 리 번지	우편번호	-

※ 귀하께서는 국민건강보험공단, 질병관리본부 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예 아니오

영유아 건강검진은 4개월, 9개월, 2세, 3세, 4세, 5세에 시기별 특성에 적합한 항목을 단계적으로 받으실 수 있으며, 정해진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

1. 아이의 실제 생년월일은? 년 월 일 2. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (☞분만 예정일은? 년 월 일 경) ② 아니오 3. 출생 시 체중은? □.□ kg (소수 첫째 자리까지) 4. 지금까지의 실시한 예방접종은? 해당란에 "O" 표 하십시오.	시행함	시행하지 않음	횟수	17. 성냥이나 라이터는 아이 손이 닿지 않는 곳에 보관합니까? ① ② -		
				18. 차 안에 아이를 혼자 둔 적이 있습니까? ① ② -		
				19. 승용차를 탈 때 아이를 카시트에 고정시켜 앉히고 장난치지 못하도록 합니까? (승용차 없는 경우 ③) ① ② ③		
				20. 전기 제품, 전기 코드, 전원 등을 아이 손이 닿지 않도록 해 놓습니까? ① ② -		
				21. 의약품, 화학제품(표백제, 세정제, 광택제 등), 날카로운 물건 등을 아이 손이 닿지 않는 잠기는 곳에 보관합니까? ① ② -		
건강교육(영양) 문진						
시각 문진		예	아니오	22. 아이의 식욕은 어떻습니까? ① 좋다. ② 보통이다 ③ 나쁘다.		
5. 눈동자의 위치가 이상합니까?(안쪽으로 물리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)		①	②	23. 아이가 하루에 몇 끼의 식사를 먹습니까? ① 1회 ② 2회 ③ 3회 ④ 4회 이상		
6. 다른 아이에 비해 빛에 몹시 민감하고 눈이 부시어 눈을 찡그리는 일이 많습니까?		①	②	24. 아이가 하루에 몇 번의 간식을 먹습니까? ① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상		
7. 정면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?		①	②	25. 아이가 생우유를 마시고 있습니까? ① 예 ② 아니오 (☞26번 문항으로)		
8. 책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가 가서 보거나, 찡그리고 봄니까?		①	②	25-1. "예"인 경우에 하루에 우유를 얼마나 마십니까? ① 200ml 미만 ② 200ml 이상, 500ml 미만 ③ 500ml 이상, 1000ml 미만 ④ 1000ml 이상		
9. 아이의 한쪽 눈을 가리고 보게 했을 때 두 눈의 시력이 서로 다르다고 느껴집니까?		①	②	26. 아이가 과일주스나 당분이 첨가된 음료(예, 청량음료)를 하루에 얼마나 마십니까? ① 200ml(큰 컵 한잔) 미만 ② 200ml 이상, 500ml 미만 ③ 500ml 이상		
청각 문진		예	아니오	27. 아이가 일주일 동안에 가족과 함께 식사를 하는 날이 며칠이나 됩니까? ① 2일 이하 ② 3~4일 ③ 5일 이상		
10. 두 어절을 이어서 ('모두 주세요', '책 읽 어줘' 등) 말할 수 있습니까?		①	②	28. 아이의 식생활 습관에 대해 걱정되는 점이 있습니까? ① 예 ② 아니오		
11. 말로 지시한 것을 대부분 이해하고 적절하게 행동합니까?		①	②	건강교육(정서 및 사회성) 문진		
12. TV 볼륨을 정상적으로 하고 시청합니까?		①	②	29. 아이가 주변에 관심을 보입니까? ① 예 ② 아니오		
13. 반복되는 중이염(급성중이염을 6개월간 4회 이상, 1년간 6회 이상 앓은 경우)을 앓은 적이 있습니까?		①	②	30. 아이가 다른 아이들 곁에서 놀니까? ① 예 ② 아니오		
14. 출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 5일 이상 입원한 적이 있습니까?		①	②	31. 어른이나 다른 아이들의 행동을 따라합니까? ① 예 ② 아니오		
건강교육(안전사고예방) 문진				예	아니오	해당없음
15. 아이가 차가 다니는 길에서 놀지 못하도록 합니까?		①	②	-		
16. 계단, 창문, 베란다 근처에 아이를 위한 안전장치가 있습니까?		①	②	-		
				32. 엄마와 잠시 동안 떨어져 있을 수 있습니까? ① 예 ② 아니오		
				33. 아이가 말이나 몸짓으로 자신의 감정을 표현합니까? ① 예 ② 아니오		
				34. 아이가 화가 났을 때 달랠 수 있습니까? ① 예 ② 아니오		

영유아 건강검진 문진표(4세 용) 건강보험 의료급여

(본 문진표는 42개월에서 48개월용입니다)

수검자성명	주민등록번호	전화번호	
		휴대전화	
보호자성명	주민등록번호	E-mail(메일) 주소	
		수검자와의 관계	
주 소	시(도) 구(시, 군) 동(면) 리 번지	우편번호	-

※ 귀하께서는 국민건강보험공단, 질병관리본부 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예 아니오

영유아 건강검진은 4개월, 9개월, 2세, 3세, 4세, 5세에 시기별 특성에 적합한 항목을 단계적으로 받으실 수 있으며, 정해진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

<p>1. 아이의 실제 생년월일은? 년 월 일</p> <p>2. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (↳분만 예정일은? 년 월 일 경) ② 아니오</p> <p>3. 출생 시 체중은? <input type="checkbox"/>. <input type="checkbox"/> kg (소수 첫째 자리까지)</p> <p>4. 지금까지의 실시한 예방접종은? 해당란에 "O" 표 하십시오.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>시행함</th> <th>시행하지 않음</th> <th>횟수</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>비피지</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>B형 간염</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>디피티</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>소아마비(폴리오)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>홍역, 볼거리, 풍진</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>수두</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>일본뇌염</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		시행함	시행하지 않음	횟수	비피지			-	B형 간염				디피티				소아마비(폴리오)				홍역, 볼거리, 풍진				수두				일본뇌염				<p>17. 담배와 라이터, 전기기구와 전깃줄을 아이 손에 닿지 않게 보관합니까? ① ② -</p> <p>18. 자전거, 인라인 스케이팅 등을 타는 경우 항상 헬멧과 보호대를 사용합니까? ① ② -</p> <p>19. 차가 다니는 길에서 노는 때가 많습니까? ① ② -</p> <p>20. 승용차를 탈 때 항상 카시트나 보조 의자에 앉히고 차 안에서 장난치지 못하게 합니까?(승용차 없는 경우 ③) ① ② ③</p>
	시행함	시행하지 않음	횟수																														
비피지			-																														
B형 간염																																	
디피티																																	
소아마비(폴리오)																																	
홍역, 볼거리, 풍진																																	
수두																																	
일본뇌염																																	
건강교육(영양) 문진																																	
<p>5. 눈동자의 위치가 이상합니까?(안쪽으로 물리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?) ① ②</p> <p>6. 다른 아이에 비해 빛에 몹시 민감하고 눈이 부시어 눈을 찡그리는 일이 많습니까? ① ②</p> <p>7. 정면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까? ① ②</p> <p>8. 책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 봅니까? ① ②</p> <p>9. 아이의 한쪽 눈을 가리고 보게 했을 때 두 눈의 시력이 서로 다르다고 느껴집니까? ① ②</p>	<p>21. 아이의 식욕은 어떻습니까? ① 좋다 ② 보통이다 ③ 나쁘다</p> <p>22. 아이가 하루에 몇 개의 식사를 합니까? ① 1회 ② 2회 ③ 3회 ④ 4회 이상</p> <p>23. 아이가 하루에 우유를 얼마나 마십니까? ① 200ml 미만 ② 200ml 이상, 500ml 미만 ③ 500ml 이상, 1000ml 미만 ④ 1000ml 이상</p> <p>24. 아이가 과일주스나 당분이 첨가된 음료(예, 청량음료)를 하루에 얼마나 마십니까? ① 200ml(큰 컵 한 잔)미만 ② 200ml 이상, 500ml 미만 ③ 500ml 이상</p> <p>25. 아이에게 음식을 어느 정도로 짜게 먹이십니까? ① 어른과 비슷하다 ② 조금 싱겁다 ③ 많이 싱겁다</p> <p>26. 평상시 아이의 식습관은 어떻습니까? 해당되는 곳에 모두 표시하십시오. ① 식사시간에 배고파하지 않는다. ② 억지로 먹는다. ③ 편식이 심하다. ④ 아예 먹기를 거부한다. ⑤ 특정한 음식을 찾는다. ⑥ 몇 번 씹고 그만 먹는다. ⑦ 이것저것 입에만 댄다. ⑧ 해당 사항 없음.</p>																																
건강교육(개인위생)문진																																	
<p>10. 조용한 곳에서 아이 뒤로 한팔 정도 떨어져, 아이 한쪽 귀를 번갈아 막고 속삭이듯 단어(연필, 학교)를 말하면, 양쪽 모두 정확하게 따라 말할 수 있습니까? ① ②</p> <p>11. 아이가 이전 보다 소리에 대한 반응이 둔해지거나 TV소리를 더 크게 하고 보는 경향이 있습니까? ① ②</p> <p>12. 아이가 같은 또래의 아이들만큼 말을 잘합니까? ① ②</p> <p>13. 반복되는 중이염(급성중이염을 6개월 간 4회 이상, 1년간 6회 이상 앓은 경우)을 앓은 적이 있습니까? ① ②</p> <p>14. 출생 후 신생아 집중치료실(중환자실)에 5일 이상 입원한 적이 있습니까? ① ②</p>	<p>27. 아이가 어떤 경우에 손을 씻습니까? 해당되는 곳에 모두 표시하십시오. ① 외출에서 돌아왔을 때 ② 식사 전 ③ 간식 먹기 전 ④ 장난감을 만진 후 ⑤ 동물을 만진 후 ⑥ 용변 후 ⑦ 더러운 것을 만진 후</p> <p>28. 아이가 손을 자주 눈, 코, 입으로 가져갑니까? ① 예 ② 아니오</p> <p>29. 아이가 손을 씻을 때 비누(고체 또는 액체비누)를 사용합니까? ① 예 ② 아니오</p> <p>30. 손을 씻을 때 아이가 흐르는 물에 손을 헹굽니까? ① 예 ② 아니오</p> <p>31. 외출 중 아이가 물을 사용하여 손을 씻을 수 없는 경우 어떻게 하십니까? ① 마른 티슈로 닦는다. ② 물티슈로 닦는다. ③ 알코올 성분이 있는 손세정제를 사용한다. ④ 일단 그냥 둔다.</p>																																
건강교육(안전사고예방) 문진																																	
<p>15. 계단, 창문, 베란다에 안전문이나 걸쇠 등의 안전장치를 항상 설치해 놓습니까? ① ② -</p> <p>16. 어린이 풀이나 욕조에 아이를 혼자 둔 적이 있습니까? ① ② -</p>	<p>예 아니오 해당없음</p>																																

영유아 건강검진 문진표(5세용) □ 건강보험 □ 의료급여

(본 문진표는 54개월에서 60개월용입니다)

수검자성명	주민등록번호	전화번호	
		휴대전화	
보호자성명	주민등록번호	E-mail(메일) 주소	
		수검자와의 관계	
주소	시(도) 구(시, 군) 동(면) 리 번지	우편번호	-

※ 귀하께서는 국민건강보험공단, 질병관리본부 또는 보건소에서 제공하는 건강 관련 정보 및 사업 안내를 메일 또는 우편 등으로 받아 보는 것에 동의하십니까? 예 아니오

영유아 건강검진은 4개월, 9개월, 2세, 3세, 4세, 5세에 시기별 특성에 적합한 항목을 단계적으로 받으실 수 있으며, 정해진 횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

<p>1. 아이의 실제 생년월일은? 년 월 일</p> <p>2. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (☐분만 예정일은? 년 월 일 경) ② 아니오</p> <p>3. 출생 시 체중은? kg (소수 첫째 자리까지)</p> <p>4. 지금까지의 실시한 예방접종은? 해당란에 "O" 표 하십시오.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>시행함</td> <td>시행하지 않음</td> <td>횟수</td> </tr> <tr> <td>비씨지</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>B형 간염</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>디피티</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>소아마비(폴리오)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>홍역, 볼거리, 풍진</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>수두</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>일본뇌염</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		시행함	시행하지 않음	횟수	비씨지			-	B형 간염				디피티				소아마비(폴리오)				홍역, 볼거리, 풍진				수두				일본뇌염				<p>19. 아이가 성냥이나 라이터, 폭죽 같은 것을 가지고 놀니까? ① ② -</p> <p>20. 의약품, 화학제품(표백제, 세정제, 광택제 등), 날카로운 물건 등을 아이 손이 닿지 않는 잠기는 곳에 보관합니까? ① ② -</p>
	시행함	시행하지 않음	횟수																														
비씨지			-																														
B형 간염																																	
디피티																																	
소아마비(폴리오)																																	
홍역, 볼거리, 풍진																																	
수두																																	
일본뇌염																																	
건강교육(영양) 문진																																	
<p>21. 아이의 외모(체격)에 대해 어떻게 생각합니까? ① 뚱뚱한 편이다 ② 보통이다 ③ 마른편이다</p> <p>22. 가족 혹은 친척 중에 다음 병에 걸린 사람이 있습니까? 해당란에 "O" 표 하십시오.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>있음</td> <td>없음</td> <td>모름</td> </tr> <tr> <td>당뇨병</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>고혈압</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>이상지질혈증</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>뇌졸중</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>심근경색증</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			있음	없음	모름	당뇨병				고혈압				이상지질혈증				뇌졸중				심근경색증											
	있음	없음	모름																														
당뇨병																																	
고혈압																																	
이상지질혈증																																	
뇌졸중																																	
심근경색증																																	
<p>23. 평상시 아이의 식습관은 어떻습니까? 해당되는 곳에 모두 표시하십시오. ① 불규칙하게 먹는다. ② 식탐이 심하다. ③ 편식이 심하다. ④ TV 시청이나 책을 보면서 먹는다. ⑤ 기름진 음식을 좋아하며, 야채를 싫어한다. ⑥ 군것질을 많이 한다. ⑦ 패스트푸드(햄버거, 피자, 라면, 튀김 닭 등)를 많이 먹는다. ⑧ 밤늦게 먹는다. ⑨ 다른 가족에 비해 밥을 빨리 먹는 편이다. ⑩ 목이 마르면 물대신 우유나 음료수를 마신다. ⑪ 폭식을 한다. ⑫ 해당 사항 없음</p> <p>24. 하루에 TV 시청이나 컴퓨터를 하는 시간은 총 얼마입니까? ① 1시간 이내 ② 1-2 시간 ③ 2-3시간 ④ 3-4시간 ⑤ 4시간 이상</p> <p>25. 운동이나 많이 움직이는 것을 좋아합니까? ① 싫어한다. ② 좋아한다. ③ 보통이다.</p>																																	
건강교육(취학준비) 문진																																	
<p>26. 학교에 관심을 갖고 학교에 다니게 될 것을 기대하거나 배우려는 호기심이 있습니까? ① ②</p> <p>27. 다른 아이들과 잘 어울려 놀니까? ① ②</p> <p>28. 스스로 하려는 적극성을 보입니까? ① ②</p> <p>29. 한 가지 일에 5분 이상 집중할 수 있습니까? ① ②</p> <p>30. 화가 나더라도 마음대로 행동하면 안된다는 것을 알고 있습니까? ① ②</p> <p>31. 자신이 하고자 하는 말을 또렷하고 조리 있게 말 할 수 있습니까? ① ②</p>																																	