



보호자 성명	보호자 주민등록번호	보호자 연락처	
수검자와의 관계	수검자 성명	수검자 생년월일	남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/>
E-mail(메일)주소			

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한 것이 아닙니다. 이 사실을 이해하십니까?  
예  아니요

신체진찰 중 생식기에 대한 진찰에 동의하십니까?  
예  아니요

1. 아이의 생년월일 : \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일
2. 출생 시 체중 : □.□□ kg (소수 첫째자리 까지, 단 미숙아는 둘째자리까지) 신장: □.□□ cm 머리둘레: □.□□ cm
3. 아이가 미숙아로 태어났습니까? ① 예 (분만 예정일은? \_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일 혹은 재태연령 \_\_\_\_주 \_\_\_\_일) ② 아니요
4. 아이가 다둥이로 태어났습니까? ① 예 ( \_\_\_\_명 중 \_\_\_\_째) ② 아니요
5. 지금까지 실시한 예방접종 횟수 (예방접종도우미 사이트 기록)

예방 접종 시행 횟수	비씨지	B형 간염

### 영양 교육

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	완전 모유 수유를 합니까?	①	②	
2	방중수유를 하면 유즙분비 호르몬이 증가하여 모유량이 증가합니다. 방중수유를 하고 있습니까?	①	②	
3	모유는 아이가 원할 때마다 수유를 해야 합니다. 아이가 배고픔을 표현하는 신호들(얼굴표정이나 몸짓)을 상세히 아십니까?	①	②	
4	유선염, 유방울혈 등 유방에 문제가 생겼을 때 더 열심히 모유 수유를 해야 문제해결이 되는 것을 알고 있습니까?	①	②	③
5	완전 모유 수유 시에는 아이에게 비타민 D가 부족해질 수 있습니다. 비타민 D를 먹고 있습니까?	①	②	③
6	수유 전에 유두 부위를 소독하지 않아도 된다는 것을 알고 있습니까?	①	②	③
7	이 시기에는 노래개 젓꼭지를 사용하지 않는 것을 권하고 있습니다. 이를 알고 있습니까?	①	②	
8	황달 때문에 모유 수유를 중단한 적이 있습니까?	①	②	
9	모유 수유 중인 엄마가 영양제, 한약제, 건강보조식품 등을 과하게 섭취하면 아이에게 영향을 미칠 수 있다는 것을 알고 있습니까?	①	②	③

### 수면 교육

① 예 ② 아니요

1	아이를 엎드려 재우거나 옆으로 눕혀서 재웁니까?	①	②
2	아이가 부모와 같은 침자리(침대, 요)에서 함께 잡니까?	①	②
3	아이가 잘 때 이불은 가슴아래만 덮어주고 속싸개는 사용하지 않습니까?	①	②
4	아이 침자리 주변에 인형이나 쿠션을 두거나, 범퍼 침대나 목신한 요, 카시트나 역류방지쿠션에서 아이를 재웁니까?	①	②
5	신생아는 밤낮 구분 없이 자고 깬다. 아이의 수면 리듬에 맞추어 수유하는 것이 모유 수유를 촉진한다는 것을 알고 있습니까?	①	②
6	모유 수유가 영유아돌연사 증후군을 예방한다는 것을 알고 있습니까?	①	②
7	아이를 재우기 전에 목욕, 마사지, 자장가, 책읽기 등의 규칙적인 행동을 합니까?	①	②
8	함께 거주하는 가족이나 아이가 자주 접촉하는 사람 중에 흡연자가 있습니까?	①	②

### 안전사고 예방 교육

① 예 ② 아니요

1	자동차 이동 시 연령과 체중에 맞는 카시트를 반드시 사용하셨습니까?	①	②
2	아이를 안고 있는 상태에서 전화를 받거나, 커피를 마시거나, 가방을 들거나, 물건을 옮기거나, 떨어진 물건을 줌는 행동을 할 때는 반드시 아이를 난간이 있는 아이 침대 등에 내려놓은 후 행동해야 한다는 사실을 알고 있습니까?	①	②
3	아이를 안아 달랠 때, 심하게 흔들면 좋지 않다는 것을 알고 있습니까?	①	②
4	아이를 전기장판이나 온수매트 위에서 재운 적이 있습니까?	①	②

### 시각 관련

① 예 ② 아니요

1	안구에 이상 소견이 보입니까?	①	②
2	가족 중에 눈과 관련된 유전질환(망막모세포종, 선천 백내장, 선천녹내장 등)을 가진 사람이 있습니까?	①	②

### 청각 관련

① 예 ② 아니요 ③ 해당 없음

1	큰 소리가 났을 때 아이가 잠에서 깨거나, 놀라거나, 표정 변화 등의 반응이 있습니까?	①	②	
2	신생아 청각선별검사(청력검사)를 받았습니까?(미숙아인 경우 출생 예정일을 기준으로 1개월 이내)	①	②	
3	신생아 청각선별검사서 한쪽 또는 양쪽 귀에서 '재검(refer)' 판정을 받았습니까?	①	②	③

### 신생아기 관련

① 예 ② 아니요 ③ 모름

1	신생아 선천성 대사이상 검사를 받았습니까?	①	②	③
2	신생아 선천성 대사이상 검사에서 결과가 정상(음성 또는 이상 없음) 판정을 받았습니까?	①	②	③
3	출생 후 아이가 산후조리원에서 지낸 적이 있습니까?	①	②	
4	모자 동실(엄마와 아이가 같은 방에서 지내는 방식)을 얼마나 하였습니까? ① 4시간 이내 ② 낮 동안만 ③ 하루 종일 ④ 안 함			
5	아이의 최근 대변 색깔과 비슷한 색깔은 어느 것이요? ① 초록색, 짙은 초록색 ② 짙은 노란색, 황금색, 갈색 ③ 레몬색, 공비자색, 회색, 흰색 ④ 해당 없음			

### 엉덩이 관절 관련

① 예 ② 아니요 ③ 모름

1	임신말기까지 '둔위(태아의 다리가 아래를 향하는 자세)'가 지속되었습니까?	①	②	③
2	'양수과소증(양수가 조금밖에 없는 상태)'이 있었습니까?	①	②	③
3	가족(부모나 형제) 중 발달성 고관절 이형성증(영아기에 엉덩이 관절에 문제가 있는 증상) 환자가 있습니까?	①	②	③

### 개인위생 관련

① 예 ② 아니요

1	아이의 입술에 직접 보포를 할 때가 있습니까?	①	②
2	아이의 기저귀를 갈고 난 후, 항상 손을 씻습니까?	①	②

## 영유아 건강검진 문진표 (4~6개월용)

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  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						

### 시각

	예 ①	아니오 ②
1. 아이가 눈을 잘 맞춥니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 눈동자의 위치가 이상합니까? (안쪽으로 몰리거나 초점 없이 밖으로 향합니까?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 가족 중에 눈과 관련된 유전질환을 가진 사람이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 청각

	예 ①	아니오 ②
1. 큰 소리에 잠에서 깨거나, 놀라거나, 표정 변화 등으로 반응합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 익숙한 목소리를 들으면 조용해지거나 동작을 멈추고 듣는 것처럼 보입니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 다양한 소리(깁깁거림, 깔깔거림, 높은 비명소리 등)를 낼 수 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 출생 후 신생아 집중치료실(중환아실)에 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 신생아기에 청각선별검사(청력검사)를 받았습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 위의 5번 문항이 '예'인 경우 청력검사 결과가 양호(양측 통과 또는 이상 없음)라고 하였습니까? (5번 문항이 '아니오'인 경우 답하지 마세요)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 영아돌연사증후군 예방 교육

	예 ①	아니오 ②
1. 아이를 엎드려 재웁니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 아이의 침대나 요가 폭신합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 아이가 부모와 같은 잠자리(침대, 요 등)에서 함께 잡니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 아이가 깨어 있을 때 배를 바닥에 대고 머리를 든 상태에서 놀 수 있도록 도와줍니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 함께 거주하는 가족이나 아이가 자주 접촉하는 사람 중에 흡연자가 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 집안에서(베란다 포함) 담배를 피우는 사람이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 아이가 탄 승용차 안에서 담배를 피우는 사람이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 안전사고 예방 교육

	예 ①	아니오 ②
1. 아이를 승용차에 태울 때 카시트를 어디에 설치합니까? ① 앞좌석 ② 뒷좌석 (카시트나 승용차가 없는 경우 ③)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 아이가 자동차 뒤를 바라보도록 카시트를 설치합니까?(카시트나 승용차가 없는 경우 ③)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 어른 침대나 소파 위에 아이를 잠시라도 혼자 남겨둔 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 목욕통, 욕조나 화장실 안에 아이를 잠시라도 혼자 둔 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 아이를 안은 채 뜨거운 음료를 마신 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 영양 교육

1 공통	아이에게 어떤 것을 주로 먹입니까? ① 모유만(☞ 문항 2~4, 10)    ② 분유만(☞ 문항 5~10)    ③ 모유와 분유 혼합(☞ 문항 2~10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 모유	모유수유를 언제까지 지속할 계획입니까? ① 6~11개월    ② 12~23개월 ③ 24개월 이상    ④ 잘 모르겠다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 모유	모유수유를 지속하는데 어떤 문제가 있습니까? ① 모유량    ② 모유수유 횟수    ③ 수유 방법 ④ 밤중 수유    ⑤ 기타    ⑥ 문제 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 모유	다음 중 아이 엄마가 섭취하는 것이 있습니까? ① 카페인 음료    ② 술    ③ 담배 ④ 약물    ⑤ 해당 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 공통	이유기 보충식(이유식)을 언제 시작할 예정입니까? ① 4개월 전부터 이미 시작했다    ② 4~6개월    ③ 6개월 이후    ④ 잘 모르겠다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 분유	분유는 하루에 얼마나 먹습니까? ① 500 mL 미만    ② 500~999 mL    ③ 1,000 mL 이상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 분유	분유를 탈 때 끓여서 식힌 물을 사용합니까? ① 예    ② 아니오	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 분유	미리 타 둔 분유를 어떻게 데웁니까? ① 중탕    ② 전자레인지    ③ 기타	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 분유	현재 먹고 있는 분유는 어떻게 선택했습니까? ① 보호자의 선택    ② 의사의 권고	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 분유	먹다 남은 분유는 어떻게 합니까? ① 보관했다 다시 준다    ② 버린다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

# 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 놔둡니까?	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

# 영유아 건강검진 문진표 (18~24개월용)

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

영유아건강검진은 영유아의 정상적인 성장과 발달을 확인하는 것이 목적이며, 특정 질환의 발견을 위한것이 아닙니다. 이사실을 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	홍역,볼거리,풍진	수두	일본뇌염
시행한 횟수									

5. 발달문제로 진단을 받거나, 치료 중인 질환이 있습니까? ①예 ②아니오    있다면 구체적인 진단명은? \_\_\_\_\_

### 시각

	예 ①	아니오 ②
--	-----	-------

1	눈을 잘 맞추지 못하거나 눈동자가 흔들립니까?	① ②
2	검은 눈동자(동공)가 혼탁합니까?	① ②
3	정면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편 입니까?	① ②
4	책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 보니까?	① ②

### 청각

	예 ①	아니오 ②
--	-----	-------

1	모든 방향에서 나는 보통 크기의 소리를 구별 할 수 있습니까?	① ②
2	“배고프니?”, “쉬 마려워?”같은 단순한 예/아니오 식의 질문을 이해하고 반응합니까?	① ②
3	자기의 이름(정확하지는 않더라도)을 말할 수 있습니까?	① ②
4	책에 있는 그림을 말하면 맞는 그림을 가리킬 수 있습니까?	① ②
5	간단한 지시사항(컵 주세요, 공 가져와 등)을 말로 듣고 이해합니까?	① ②

### 안전사고 예방 교육

	예 ①	아니오 ②
--	-----	-------

1	약이나 화학제품(표백제, 세제 등), 날카로운 물건 등을 아이 손이 닿지 않도록 보관합니까?	① ②
2	아이의 침대를 창문이나 커튼에서 떨어진 곳에 두었습니까?	① ②
3	가스레인지 위의 주방기구 손잡이를 아이 손이 닿지 않는 방향으로 돌려 놓습니까?	① ②
4	목욕탕이나 욕조에 잠시라도 아이를 혼자 둔적이 있습니까?	① ②
5	아이를 승용차에 태울 때 어떻게 하십니까? ① 카시트 사용      ② 보조의자 사용 ③ 안전벨트 착용      ④ 그냥 앉힌다	① ② ③ ④

### 대소변가리기 교육

	예 ①	아니오 ②
--	-----	-------

1	아이가 소변보는 간격이 이전보다 늘어나고 있습니까? (두 시간 정도)	① ②
2	아이가 혼자서 바지를 내릴 수 있습니까?	① ②
3	대소변을 의미하는 말(응가, 쉬 등)을 알아 듣거나 표현할 수 있습니까?	① ②
4	유아용 변기에 관심을 보입니까?	① ②
5	규칙적으로 힘들지 않게 대변을 보니까?	① ②
6	대소변 가리기를 시도해 보신 적이 있습니까?	① ②

### 영양 교육

	예 ①	아니오 ②
--	-----	-------

1	아이가 정해진 장소에서 일정한 시간에 규칙적인 식사를 합니까?    ① 예    ② 아니오	①      ②
2	아이가 분유병을 사용하고 있습니까?    ① 예    ② 아니오	①      ②
3	아이 음식을 조리할 때 간을 어떻게 합니까? ① 어른 음식과 같게 간을 한다    ② 어른 음식보다 덜 짜게 준비한다    ③ 간을 하지 않는다	①      ②      ③
4	아이가 과일주스나 당분이 첨가된 음료(예: 탄산 음료, 스포츠 음료, 어린이용 음료 등)를 하루에 얼마나 마십니까? ① 200 mL(큰 컵 한 잔) 미만    ② 200~499 mL    ③ 500 mL 이상	①      ②      ③
5	하루 동안 아이에게 어떤 음식을 줍니까? (해당되는 곳에 모두 표시하십시오) ① 곡류    ② 채소    ③ 과일    ④ 고기/생선/달걀/콩    ⑤ 우유 및 유제품    ⑥ 기타	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
6	음식을 먹을 때 아이의 반응은 어떠합니까? ① 주는 대로 골고루 먹는다    ② 좋아하는 한 두 가지만 먹는다    ③ 편식은 없으나 적게 먹는다 ④ 씹는 음식을 싫어한다    ⑤ 음식에 관심이 없다	① ② ③ ④ ⑤
7	아이와 함께 하는 식사시간이 즐겁습니까?    ① 예    ② 아니오	①      ②
8	아이에게 식사 이외의 건강기능식품을 제공합니까? (예: 비타민, 무기질, 정장제, 홍삼 등)    ① 예    ② 아니오	①      ②

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

# 영유아 건강검진 문진표 (30~36개월용)

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  아니오

1. 아이의 생년월일: \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일      2. 출생시 체중: \_\_\_\_\_ kg (소수 첫째 자리까지)  
 3. 지금까지 실시한 예방접종에 표시하여 주십시오(해당란에 횟수를 표시 하십시오)

	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역,볼거리,풍진	수두	일본뇌염
시행한 횟수									

4. 발달문제로 진단을 받거나, 치료 중인 질환이 있습니까? ①예 ②아니오    있다면 구체적인 진단명은? \_\_\_\_\_

### 시각

	예 ①	아니오 ②
1. 눈을 잘 맞추지 못하거나 눈동자가 흔들립니까?	①	②
2. 정면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	①	②
3. 책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 봅니까?	①	②
4. 아이의 한쪽 눈을 가리고 보게 했을 때 두 눈의 시력이 서로 다르다고 느껴집니까?	①	②

### 청각

	예 ①	아니오 ②
1. 아이가 말하는 단어의 개수가 지속적으로 늘어나고 있습니까?	①	②
2. 두 어절을 이어서 말할 수 있습니까? ('모두 주세요.', '책 읽어줘.' 등)	①	②
3. TV 소리를 다른 사람보다 크게 높립니까?	①	②
4. 아이가 ㅋ, ㅌ, ㅍ, ㄱ 등의 자음이 포함된 단어를 사용할 수 있습니까?	①	②
5. 급성 중이염을 여러 번 앓은 적이 있습니까? (6개월간 4회 이상, 1년간 6회 이상)	①	②

### 안전사고 예방 교육

	예 ①	아니오 ②
1. 아이가 차가 다니는 길에서 노는 때가 있습니까?	①	②
2. 계단, 창문, 베란다 근처에 아이를 위한 안전장치가 있습니까?	①	②
3. 성냥이나 라이터는 아이 손이 닿지 않는 곳에 보관합니까?	①	②
4. 차 안에 아이를 혼자 둔 적이 있습니까?	①	②
5. 다칠 위험이 있는 전기 제품, 전기 코드, 전기 콘센트 등에 아이 손이 닿지 않도록 해 놓습니까?	①	②
6. 약이나 화학제품(표백제, 세제 등), 날카로운 물건 등을 아이 손이 닿지 않도록 보관합니까?	①	②
7. 아이를 승용차에 태울 때 어떻게 하십니까? ① 카시트 사용    ② 보조의자 사용    ③ 안전벨트 착용    ④ 그냥 앉힌다	①	② ③ ④

### 전자 미디어 노출 교육

	예 ①	아니오 ②
1. 아이가 자는 방에서 TV나 인터넷을 사용할 수 있습니까?	①	②
2. TV나 인터넷, 스마트폰 사용에 대한 가정 내의 규칙이 있습니까?	①	②
3. 아이가 스마트폰으로 주로 사용하는 앱이나 게임 영상이 무엇인지 보호자가 알고 있습니까?	①	②
4. 아이가 스마트폰, 인터넷을 사용하거나 TV, 영화, 비디오 등을 볼 때 보호자가 같이 보십니까?	①	②
5. 아이가 스마트폰을 사용할 때 누워서 혹은 엎드려서 보는 경우가 있습니까?	①	②

### 영양 교육

1. 아이의 식욕은 어떻습니까?    ① 좋다    ② 보통이다    ③ 나쁘다	①	②	③		
2. 아이가 하루에 몇 개의 식사를 합니까?    ① 1회    ② 2회    ③ 3회    ④ 4회 이상	①	②	③	④	
3. 아이가 하루에 몇 번의 간식을 먹습니까?    ① 1회    ② 2회    ③ 3회 이상	①	②	③		
4. 아이가 일주일 동안에 가족과 함께 식사를 하는 날이 며칠이나 됩니까?    ① 1~2일    ② 3~4일    ③ 5일 이상	①	②	③		
5. 아이가 생우유를 하루에 얼마나 마십니까? ① 마시지 않는다    ② 200 mL 미만    ③ 200~499 mL    ④ 500~999 mL    ⑤ 1,000 mL 이상	①	②	③	④	⑤
6. 아이가 단 음식을 많이 먹습니까? (예: 사탕, 과자, 케이크, 과일주스, 당분이 첨가된 음료 등)    ① 예    ② 아니오	①	②			
7. 아이에게 알레르기가 걱정되어 특정한 식품을 제한한 적이 있습니까?    ① 예    ② 아니오	①	②			
8. 아이가 하루에 1시간 이상 땀이 날 정도의 신체 활동(놀이, 운동 등)을 합니까?    ① 예    ② 아니오	①	②			

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

# 영유아 건강검진 문진표 (42~48개월용)

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 위한것이 아닙니다. 이사실을 이해하십니까?  
 예  아니오

1. 아이의 생년월일: \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일      2. 출생시 체중: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ kg (소수 첫째 자리까지)  
 3. 지금까지 실시한 예방접종에 표시하여 주십시오(해당란에 횟수를 표시 하십시오)

	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역,볼거리,풍진	수두	일본뇌염
시행한 횟수									

4. 발달문제로 진단을 받거나, 치료 중인 질환이 있습니까? ①예 ②아니오    있다면 구체적인 진단명은? \_\_\_\_\_

### 시각

	예 ①	아니오 ②
1. 눈동자의 위치가 이상합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 정면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 봅니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 아이의 한쪽 눈을 가리고 보게 했을 때 두눈의 시력이 서로 다르다고 느껴집니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 청각

	예 ①	아니오 ②
1. 조용한 곳에서 아이 뒤로 한 팔 거리정도 떨어져, 아이 한쪽 귀를 막고 속삭이듯 말하는 단어(연필, 학교 등)를 양쪽 모두 정확하게 따라 할 수 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 아이가 하는 말을 대부분 이해할 수 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 출생 후 신생아 집중치료실(중환아실)에 5일 이상 입원한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 아이의 발음이 정확합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 아이가 같은 또래의 아이들만큼 말을 잘 합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 정서 및 사회성 교육

	예 ①	아니오 ②
1. 또래들과 스스로 어울려 놀니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 친구를 자주 때리거나, 친구의 물건을 빼앗습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 간단한 집안일들을 하도록 가르치기 시작 했습니까? (예: 쓰레기를 휴지통에 버리기, 가지고 놀던 장난감 정리하기 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 아이에게 공공장소 예절을 가르치고 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 아이에게 아는 사람을 만나면 먼저 인사하라고 가르칩니까? / 누군가 고마운 일을 해 주었을때 "감사합니다." 또는 "고맙습니다."라고 답하기를 가르칩니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 상상놀이와 역할놀이를 할 줄 압니까? 편을 나누어 하는 게임을 할 줄 압니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 아이가 경험한 일을 간단하게 설명할 수 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 흔히 보는 직업과 역할에 대해 아이가 설명할 수 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 안전사고 예방 교육

	예 ①	아니오 ②
1. 계단, 창문, 베란다에 안전문이나 걸쇠 등의 안전장치를 항상 설치해 놓습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 어린이 풀이나 욕조에 아이를 혼자 둔 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 담배와 라이터, 전기 기구와 전기 코드를 아이 손에 닿지 않게 보관합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 자전거, 인라인 스케이트 등을 타는 경우 항상 헬멧과 관절 보호대를 사용합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 아이가 차가 다니는 길에서 노는 때가 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 아이를 승용차에 태울 때 어떻게 하십니까? ① 카시트 사용      ② 보조의자 사용 ③ 안전벨트 착용      ④ 그냥 앉힌다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 영양 교육

1. 아이가 하루에 몇 끼의 식사를 합니까?    ① 1회    ② 2회    ③ 3회    ④ 4회 이상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 아이가 하루에 몇 번의 간식을 먹습니까?    ① 1회    ② 2회    ③ 3회 이상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 아이가 생우유를 하루에 얼마나 마십니까? ① 마시지 않는다    ② 200 mL 미만    ③ 200~499 mL    ④ 500~999 mL    ⑤ 1,000 mL 이상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 아이가 과일주스나 당분이 첨가된 음료(예: 탄산 음료, 스포츠 음료, 어린이용 음료 등)를 하루에 얼마나 마십니까? ① 200 mL(큰 컵 한잔) 미만    ② 200~499 mL    ③ 500 mL 이상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 평소 아이와 가족들이 먹는 음식을 싱겁게 하시는 편입니까?    ① 예    ② 아니오	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 평소 아이의 식사하는 태도는 어떻습니까? (해당되는 곳에 모두 표시하십시오) ① 식사 시간이 너무 길다(30분 이상)    ② 새로운 음식 먹기를 거부한다    ③ 음식을 골고루 먹지 않는다 ④ 먹이기가 힘들다    ⑤ 해당 사항 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 아이가 TV나 모니터(컴퓨터, 게임기, 스마트폰 등)를 보는 시간이 하루에 2시간 이상입니까?    ① 예    ② 아니오	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 아이가 하루에 1시간 이상 땀이 날 정도의 신체 활동(놀이, 운동 등)을 합니까?    ① 예    ② 아니오	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

## 영유아 건강검진 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 이해하십니까?

예  아니오

1. 아이의 생년월일: \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일      2. 출생시 체중: \_\_\_\_\_ kg (소수 첫째 자리까지)

3. 지금까지 실시한 예방접종에 표시하여 주십시오(해당란에 횟수를 표시 하십시오)

	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역,볼거리,풍진	수두	일본뇌염
시행한 횟수									

4. 발달문제로 진단을 받거나, 치료 중인 질환이 있습니까? ①예 ②아니오    있다면 구체적인 진단명은? \_\_\_\_\_

### 시각

예 ①      아니오 ②

1	눈동자의 위치가 이상합니까?	① ②
2	정면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?	① ②
3	책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 봅니까?	① ②
4	아이의 한쪽 눈을 가리고 보게 했을 때 두 눈의 시력이 서로 다르다고 느껴집니까?	① ②

### 청각

예 ①      아니오 ②

1	간단한 동화나 이야기를 듣고 질문에 답할 수 있습니까?	① ②
2	간단한 문장으로 자연스럽게 의사표현을 할 수 있습니까?	① ②
3	두 단계의 명령문을 이해하고 수행할 수 있습니까? (책을 집어서, 가방에 넣으세요)	① ②
4	어린이집, 놀이터, 친구 집 등에서 있었던 일들을 이야기 할 수 있습니까?	① ②
5	아이가 사, 쓰, 자, 킷 등의 자음이 포함된 단어를 사용할 수 있습니까?	① ②

### 안전사고 예방 교육

예 ①      아니오 ②

1	아이가 자전거나 인라인 스케이트를 탈 때마다 헬멧, 관절보호대를 사용합니까?	① ②
2	아이가 차가 다니는 길에서 노는 때가 있습니까?	① ②
3	아이를 승용차에 태울 때 보조의자에 앉히고 안전 띠를 매어줍니까?(승용차가 없는 경우 ③)	① ② ③
4	아이가 물놀이 할 때 지켜야 할 규칙을 알고 있습니까?	① ②
5	아이가 성냥이나 라이터, 폭죽 같은 것을 가지고 있습니까?	① ②
6	약이나 화학제품(표백제, 세제 등), 날카로운 물건 등을 아이 손이 닿지 않도록 보관합니까?	① ②

### 개인 위생 교육

예 ①      아니오 ②

1	아이가 음식을 먹거나 마시기 전에 손을 씻습니까?	① ②
2	아이가 장난감이나 동물을 만진 후 손을 씻습니까?	① ②
3	아이가 화장실을 이용한 후 손을 씻습니까?	① ②
4	아이가 눈, 코, 입을 손으로 자주 만집니까?	① ②
5	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	① ② ③ ④

### 영양 교육

1	아이의 외모(체격)에 대해 어떻게 생각하십니까? ① 뚱뚱한 편이다    ② 보통이다    ③ 마른 편이다	①	②	③
2	식사 속도가 다른 가족과 비슷합니까? ① 빠르다    ② 비슷하다    ③ 느리다	①	②	③
3	식사와 간식을 규칙적으로 먹습니까? ① 예    ② 아니오	①		②
4	아이의 1회 식사량은 또래에 비해 어떻습니까? ① 적다    ② 비슷하다    ③ 많다	①	②	③
5	아이가 편식을 합니까? ① 예    ② 아니오	①		②
6	기름진 음식이나 달거나 짠 음식을 많이 먹습니까?(예: 패스트 푸드, 인스턴트 식품 등) ① 예    ② 아니오	①		②
7	물 대신 음료수를 선호합니까? ① 예    ② 아니오	①		②
8	아이가 TV나 모니터(컴퓨터, 게임기, 스마트폰 등)를 보는 시간이 하루에 2시간 이상입니까? ① 예    ② 아니오	①		②
9	아이가 하루에 1시간 이상 땀이 날 정도의 신체 활동(놀이, 운동 등)을 합니까? ① 예    ② 아니오	①		②

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.

# 영유아 건강검진 문진표 (66~71개월용)

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  아니오

1. 아이의 생년월일: \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일      2. 출생시 체중: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ kg (소수 첫째 자리까지)  
 3. 지금까지 실시한 예방접종에 표시하여 주십시오(해당란에 횟수를 표시 하십시오)

	비씨지	B형 간염	디피티	소아마비(폴리오)	폐구균	B형 헤모필루스균	홍역,볼거리,풍진	수두	일본뇌염
시행한 횟수									

4. 발달문제로 진단을 받거나, 치료 중인 질환이 있습니까? ①예 ②아니오    있다면 구체적인 진단명은? \_\_\_\_\_

### 시각

	예 ①	아니오 ②
1. 눈동자의 위치가 이상합니까?		① ②
2. 정면(앞에 있는 사물)을 볼 때 늘 얼굴을 돌려 옆으로 쳐다보거나 고개를 기울이고 보는 편입니까?		① ②
3. 책/TV/물건 등에 너무 가까이 다가가서 보거나 찡그리고 봅니까?		① ②
4. 아이의 한쪽 눈을 가리고 보게 했을 때 두 눈의 시력이 서로 다르다고 느껴집니까?		① ②

### 청각

	예 ①	아니오 ②
1. 대부분의 모음과 자음을 맞게 발음할 수 있습니까?		① ②
2. 작은 소리로 하는 말을 잘 이해합니까?		① ②
3. 다른 사람들과 쉽게 말로 대화할 수 있습니까?		① ②
4. 어른이 하는 말을 정확히 따라 할 수 있습니까?		① ②
5. 부모 또는 친척 중에 어려서부터 청각장애를 가진 사람이 있습니까?		① ②

### 안전사고 예방 교육

	예 ①	아니오 ②
1. 아이가 자전거나 인라인 스케이트를 탈 때마다 헬멧, 관절보호대를 사용합니까?		① ②
2. 아이 혼자 길을 건너다닌 적이 있습니까?		① ②
3. 아이를 승용차에 태울 때 보조의자에 앉히고 안전 띠를 매어줍니까?(승용차가 없는 경우 ③)		① ② ③
4. 화재 발생 시 신고하는 번호를 아이가 알고 있습니까?		① ②
5. 놀이터에서 아이를 혼자 놀게 하고 다른 일을 하십니까?		① ②

### 취학 전 준비 교육

	예 ①	아니오 ②
1. 아이가 스스로 좋은 행동과 나쁜 행동을 판단할 수 있습니까?		① ②
2. 하고 싶거나 먹고 싶거나 갖고 싶은 것을 참고 기다릴 수 있습니까?		① ②
3. 다른 아이들과 잘 어울려 놀니까? (예: 아이가 친구와 놀면서 양보할 줄 압니까?)		① ②
4. 어린이집이나 유치원의 수업 시간 동안에 한 자리에 앉아 있을 수 있습니까?		① ②
5. 어른의 지시를 따르고 부모님이나 선생님이 정해진 규칙을 지키는 것이 가능합니까?		① ②
6. 유치원이나 어린이집에 갈 때 보호자와 떨어지기가 힘들니까?		① ②
7. 대소변을 보고 본인이 혼자서 처리할 수 있습니까?		① ②
8. 도움이 필요할 때 다른 사람에게 도움을 요청할 수 있습니까?		① ②
9. 자고 일어나는 시간이 규칙적입니까?		① ②

### 영양 교육

1. 아이가 아침 식사는 꼭 하는 편입니까?    ① 그렇다    ② 매일은 아니지만 대체적으로 그렇다    ③ 아니다		①	②	③	
2. 일주일 동안 가족이 함께 하는 저녁 식사는 몇 번 입니까?    ① 1~2회    ② 3~4회    ③ 5회 이상		①	②	③	
3. 아이가 칼슘이 함유된 유제품(우유, 플레인 요구르트, 치즈 등 포함)을 자주 먹습니까?    ① 예    ② 아니오		①		②	
4. 간식은 주로 언제 먹습니까? ① 간식을 먹지 않는다    ② 식사 사이    ③ 자기 전이나 늦은 시간    ④ 시간이 정해져 있지 않다		①	②	③	④
5. 간식으로 주로 어떤 음식을 먹습니까? (해당되는 곳에 모두 표시하십시오) ① 당분이 첨가된 음료 (예: 과일 주스, 탄산음료, 스포츠음료 등) ② 기름진 음식 혹은 달거나 짠 음식 (예: 패스트푸드, 인스턴트 식품 등)    ③ 해당 없음		①	②	③	
6. 아이가 하루에 1시간 이상 땀이 날 정도의 신체활동(놀이, 운동 등)을 합니까?    ① 예    ② 아니오		①		②	

※ 정해진 검진횟수를 초과하여 검진을 받으시면 해당 검진비용은 부당이득금으로 환수됩니다.