

아이의 18개월째 건강 검진 전

방문 전에 웹 사이트 www.mhcs.health.nsw.gov.au에서 발달 상태에 대한 부모 평가(PEDS) 양식의 번역본을 인쇄하여 기입하거나, 소아 및 가족 보건 간호사에게 도움을 요청하십시오.

간호사나 의사를 방문하기 전에 아이에 대한 아래 문항에 답하십시오.

청력에 관한 질문

	예	아니요	잘 모르겠음
아이의 청력이 걱정되십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이가 특히 시끄러운 상황에서도 다른 사람들의 말에 반응합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이가 지속적으로 “뭐야” 라고 말합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이가 말하는 사람의 얼굴을 자세히 살핍니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이에게 말을 걸었을 때 아이가 얼굴을 찌푸리거나 긴장합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이가 소리가 나는 곳의 위치를 파악하는 데 어려움을 겪습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이가 쉽게 노여움을 느끼고 흥분하고 혼란스러워합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이의 음량이 같은 또래 아이들보다 두드러지게 큼니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이가 자주 감기에 걸리거나 푸른 콧물이 납니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이 귀에 자주 염증이 생깁니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이가 “마마” “다다” 이외의 단일 단어를 말합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이가 “공을 테이블에 올려놔”, “나한테 공을 줘” 같은 간단한 지시를 이해할 수 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이가 한 신체 부분, 장난감 또는 사람들을 가리킬 수 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이가 간단한 이야기나 노래에 귀를 기울입니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

시력에 관한 질문

아이의 시력이 걱정되십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이에게 사시가 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이가 작은 물체를 보는 데 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
아이가 친숙한 물체와 사람들을 멀리서도 알아보니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
가족 중 시력 문제를 가진 사람이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

이들 문항 중 ‘예’ 인 답이 있으면 의사나 소아 및 가족 보건 간호사에게 알려십시오.

결과 정상 소견 검토

18개월째의 토의 주제

- 아이 안전, 감독 및 변하는 운동성
- 가족 식이법,
- 수면/밤에 깨어남
- 떼쓰기
- 형제간 문제
- 흡연
- 양육 방식(예: 규율, 제한)
- 용변 훈련
- 치아 관리
- 자외선 차단
- 탁아/놀이 집단
- 자기 위안 행동(예: 손가락, 좋아하는 장난감, 가짜 젖꼭지를 빨기)
- 면역 접종
- 말과 언어
- 가족 지원 및 기타 문제