

“Vamos pensar na função do lanche” 『おやつ役目を考えて見ましょう』

O lanche é a maior diversão para as crianças. Mas é importante saber que o “lanche é somente para complementar nutrientes que faltam”.

子どもにとっておやつは最大の楽しみです。しかし、大切なのは「おやつはあくまでも足りない栄養を補うもの」ということです。

< Quando for dar o lanche para a criança...> < おやつをあげるときに...>

* Não dê todo o saquinho, e coloque somente a porção que vai comer no prato.

袋ごとあげないで、食べる分だけお皿などに移しましょう。

* Decida um horário para dar o lanche.

おやつは、時間を決めてあげましょう。

* Escolha o tipo ou a quantidade do lanche, pensando no equilíbrio dos nutrientes para 1 dia.

1日の栄養のバランスを考えて、おやつの種類・量を決めましょう。

* Se a criança se acostumar com sabores fortes do doce ou salgado, não vai sentir “gostoso” o sabor leve do arroz branco por exemplo. Dê para a criança lanches com sabor o mais natural possível.

甘味や塩味の強い刺激に慣れると、ご飯などの微妙な持ち味を「おいしい」と感じられなくなります。なるべく自然の味を生かしたものをあげましょう。

* Não dê lanches para a criança como suborno para acalmá-la.

おやつをご機嫌とりの交換条件にしないようにしましょう。



Nome da criança: _____ Data de nascimento: Ano Mês Dia

お子さんのお名前 生年月日：平成 年 月 日

* Perguntas sobre a própria mãe ou o próprio pai do bebê. Faça um círculo (O) na resposta correspondente.

* お母さん・お父さん自身についてうかがいます。当てはまる方に○をつけてください。

- Está se divertindo com a vida cotidiana ou com a criação do filho? (Sim Não Nem um nem outro)
毎日の生活や育児を楽しくやっていますか? (はい いいえ どちらとも言えない)
- É frequente você se sentir nervoso(a) ou penoso criar o filho? (Sim Não Nem um nem outro)
育児をされていてイライラしたりつらいと感じることが多いですか? (はい いいえ どちらとも言えない)
- Sente dificuldades de criar o filho? (Sim Não Nem um nem outro)
育てにくさを感じますか? (はい いいえ どちらとも言えない)
- Tem alguém para se consultar ou para lhe ajudar a criar o filho? (Sim Não Nem um nem outro)
育児の相談相手や協力者はいますか? (はい いいえ どちらとも言えない)
- Você acha que está criando o filho relativamente de forma rígida? (Sim Não Nem um nem outro)
お子さんをどちらかというと厳しく育てていると思いますか? (はい いいえ どちらとも言えない)
- Bate na criança como forma de educá-la? (Sim Não Nem um nem outro)
しつけのためにお子さんをたたくことがありますか? (はい いいえ どちらとも言えない)
- Escreva se tiver alguma coisa sobre a própria mãe ou o próprio pai da criança.
お母さん・お父さん自身のことについて何かありましたらお書き下さい。
Tem preocupações sobre saúde 健康的な不安がある Tem preocupações psicológicas 心に悩みを持っている
Está muito atarefado com as tarefas domésticas ou com o trabalho 家事や仕事が忙しい Tem preocupações financeiras 経済的な不安がある
Tem preocupações com o relacionamento com o parceiro パートナーとの関係に悩んでいる
Tem preocupações com o relacionamento com os avós do bebê 祖父母との関係に悩んでいる
Tem pessoas próximas de idade e que necessitam de cuidados assistenciais 介護を必要とする人が身近にいる
Outros その他 ()

Questionário de Exame de Saúde para Criança de 3 anos e 6 meses

3歳6か月児健康診査質問票

Nome da criança: _____ Data de Nascimento: Ano Mês Dia Idade em meses: 3 anos e _____ meses

子どもの名前 生年月日 平成 年 月 日 月齢 3歳 か月

Situação de vida 生活の様子	Quem cuida principalmente da criança? Dia: pais • avós • outros (_____) Noite: pais • avós • outros (_____)	
	主な保育者は誰ですか 昼：父母・祖父母・その他 夜：父母・祖父母・その他	
	Tem o ritmo de vida determinado? Sim • Não 生活のリズムは整っていますか はい・いいえ	
	Escreva sobre a vida diária da criança (horário de acordar e de dormir, horário das refeições, etc.) お子さんの1日の生活についてお書きください (起床・就寝時間、食事時間など)	
	Apetite Tem • Não tem Dieta desequilibrada Não • Sim (_____) 食欲 有・無 偏食 無・有	
	Número de refeições: _____ vezes Consegue comer sozinha? (Quase tudo • Não) 食事回数 回 ひとりで食事が (ほぼできる・できない)	
	Conteúdo da refeição e volume 食事内容と量 Café-da-manhã 朝食： Almoço 昼食： Jantar 夕食：	
	Lanches: _____ vez(es) por dia (conteúdo: _____) Bebida (conteúdo • volume _____) おやつについて 1日 回 (内容) 飲み物 (内容・量)	
	Como é o estado das fezes? vez(es) a cada _____ dia(s) duro • normal • mole • estado de diarreia 便の状態はどうですか 日に 回 かため・ふつう・やわらかめ・下痢ぎみ	
	Usa o banheiro? Sim • Não トイレ利用の有無 有・無	
	Tem mania de chupar o dedo ou a chupeta? Sim • Não 指吸い・おしゃぶりを吸うクセはありますか はい・いいえ	
	Quantas vezes escova os dentes: depois do café da manhã • depois do almoço • depois do jantar • antes de dormir • não escova はみがきの回数 朝食後・昼食後・夕食後・寝る前・しない	
	A pessoa que cuida da criança faz a escovação final dos dentes? todos os dias • de vez em quando • não faz 保育者が仕上げみがきをしていますか 毎日・時々・していない	
	Doença contraída até o momento (Não • Sim) Convulsão (Não • Sim _____ vez(es)) 今までかかった病気 (無 • 有) ひきつけ (無 • 有 _____ 回)	
Nome da doença: _____ Quando: _____ 病名 いつ頃		
É frequente chamar pelo nome da criança e ela não se voltar para você? Não • Sim 名前を呼んでも振り向かないことがたびたびありますか はい・いいえ		
Ultimamente a criança aumenta o volume da televisão? Não • Sim 最近テレビの音を大きくしますか はい・いいえ		
É frequente a criança perguntar de novo o que lhe foi dito? Sim • Não 話をしているときに聞き返すことが多いですか はい・いいえ		

A criança reage mesmo a pequenos barulhos? 小さな音にも反応しますか	Sim • Não はい・いいえ
A criança consegue correr livremente sem tropeçar muito? あまりころぶことなく自由に走り回れますか	Sim • Não はい・いいえ
A criança consegue pular só com um dos pés? ケンケンができますか	Sim • Não はい・いいえ
A criança consegue subir as escadas sozinha alternando os passos? 階段を一人で交互に足を出して上がれますか	Sim • Não はい・いいえ
A criança consegue bater nos ombros alternando as mãos? 肩たたきは交互にできますか	Sim • Não はい・いいえ
A criança consegue tirar e vestir roupas fáceis sozinha? 簡単な衣服の着脱が一人でできますか	Sim • Não はい・いいえ
A criança consegue conversar livremente? 自由に会話ができますか	Sim • Não はい・いいえ
Tem alguma preocupação com a pronúncia da criança? 発音で気になることはありますか	Não • Sim いいえ・はい
Escreva especificamente sobre isso. () 具体的に書いて下さい	
Tem alguma mania da criança que lhe preocupa? 心配なクセはありますか	Não • Sim いいえ・はい
Escreva especificamente sobre isso. () 具体的に書いて下さい	
A criança costuma brincar normalmente de quê? Escreva especificamente sobre isso. 普段どんなことをして遊んでいますか。具体的に書いて下さい	
()	
Atualmente a criança frequenta creche ou jardim de infância? (Nome do estabelecimento: 現在保育園・幼稚園に通っていますか (園名)) Sim • Não はい・いいえ
Tem algum receio ou preocupação? 心配なことや気になることがありますか	Não • Sim いいえ・はい
()	

Questionário de Exame de Vista

視力検査質問票

Nome da criança:

子どもの名前

Data de nascimento:

Ano

Mês

Dia

生年月日 平成

年

月

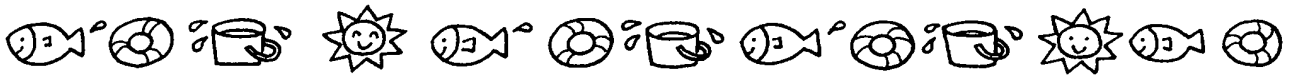
日

Faça um círculo (○) na resposta correspondente:

あてはまる方に○をしてください

- | | | | |
|---|--|-----|-------|
| 1 | A pupila parece esbranquiçada?
瞳が白くみえますか | Sim | Não |
| | | はい | ・ いいえ |
| 2 | O olhar ou o movimento dos olhos parecem estranhos?
目つきや目の動きがおかしいですか | Sim | Não |
| | | はい | ・ いいえ |
| 3 | Parece que sente a vista ofuscante demais ou fecha um dos olhos?
極端にまぶしがったり、片目を閉じたりしますか | Sim | Não |
| | | はい | ・ いいえ |
| 4 | Inclina o pescoço para ver um objeto?
物を見るとき首を傾けますか | Sim | Não |
| | | はい | ・ いいえ |
| 5 | Aproxima os olhos para ver um objeto?
物に目を近づけてみますか | Sim | Não |
| | | はい | ・ いいえ |
| 6 | Tem algum receio ou preocupação em relação aos olhos?
目に付いて心配なこと・気になることがありますか | Sim | Não |
| | | はい | ・ いいえ |

()



Ficha de Perguntas Sobre os Hábitos Dentários do Cotidiano

歯の生活習慣おたずね票



Nome da criança お子さんのお名前: (

Nos informe sobre a situação dentária e os hábitos do cotidiano da mãe e do pai da criança.

お母さん・お父さんの現在の歯の状況、及び生活習慣を教えてください。

Faça um círculo (○) na resposta correspondente.

該当するものに○を付けてください。

◆ Pergunta à mãe お母さんにお聞きします。

- Quando escova os dentes? 歯磨きはいつしていますか。
A Todos os dias (ao acordar - depois do café da manhã - depois do almoço - antes de dormir - outros)
毎日 (起床時・朝食後・昼食後・就寝前・その他)
B De vez em quando
時々
C Não escovo
していない
- Responda sobre as cáries (pode ser aproximado)
むし歯についてお答えください。(大体で結構です)
A Não tenho cáries
むし歯なし
B Tenho experiência de tratamento (cerca de dentes)
治療した経験あり (約 本)
C Estou em tratamento
治療中
D Tenho cáries ainda não tratadas
治療していないむし歯がある
- Está com sintomas de periodontite (com sangramento da gengiva quando escova os dentes, a gengiva está mais avermelhado ou inchado do que o normal)?
歯周病 (歯をみがくと歯ぐきから血が出る、歯ぐきが通常より発赤している、腫れている) の症状はありますか?
A Não ない
B Sim ある
C De vez em quando ときどきある

◆ Pergunta ao pai お父さんにお聞きします。

- Quando escova os dentes? 歯磨きはいつしていますか。
A Todos os dias (ao acordar - depois do café da manhã - depois do almoço - antes de dormir - outros)
毎日 (起床時・朝食後・昼食後・就寝前・その他)
B De vez em quando
時々
C Não escovo
していない
- Responda sobre as cáries (pode ser aproximado)
むし歯についてお答えください。(大体で結構です)
A Não tenho cáries
むし歯なし
B Tenho experiência de tratamento (cerca de dentes)
治療した経験あり (約 本)
C Estou em tratamento
治療中
D Tenho cáries ainda não tratadas
治療していないむし歯がある
- Está com sintomas de periodontite (com sangramento da gengiva quando escova os dentes, a gengiva está mais avermelhado ou inchado do que o normal)?
歯周病 (歯をみがくと歯ぐきから血が出る、歯ぐきが通常より発赤している、腫れている) の症状はありますか?
A Não ない
B Sim ある
C De vez em quando ときどきある

4 Responda sobre alinhamento ou oclusão (mordida) dos dentes
歯並びや噛み合わせについてお答えください。

A Acho que está bom

良いと思う

B Acho normal

普通だと思う

C Outros ()

その他 ()

5 Tem um dentista da família?

かかりつけの歯科医師はいますか。

A Sim B Não

いる いない

6 Faz exames odontológicos periodicamente?

定期的に歯科検診を受けていますか。

A Faço B Não faço

受けている 受けていない

7 Tem algo que toma cuidado sobre os dentes (saúde bucal)?

歯（口腔）に関する事で心掛けていることはありますか？

4 Responda sobre alinhamento ou oclusão (mordida) dos dentes
歯並びや噛み合わせについてお答えください。

A Acho que está bom

良いと思う

B Acho normal

普通だと思う

C Outros ()

その他 ()

5 Tem um dentista da família?

かかりつけの歯科医師はいますか。

A Sim B Não

いる いない

6 Faz exames odontológicos periodicamente?

定期的に歯科検診を受けていますか。

A Faço B Não faço

受けている 受けていない

7 Tem algo que toma cuidado sobre os dentes (saúde bucal)?

歯（口腔）に関する事で心掛けていることはありますか？

* Será usado como referência para o concurso pais e filhos com dentes bons. Muito obrigado.

親子でいい歯のコンクールの選出の参考にさせていただきます。ありがとうございました。

