



Liliput

Helping hands in your child's development

Jl. Cipete IV No. 6 Jakarta Selatan

Telp. (+62-21) 7581 6662

KUSIONER ORANGTUA

Identitas:

I. Identitas Anak :

Nama Lengkap :
Nama Pangilan :
Tempat Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Alamat :
Telp. Rumah :
Status (Anak Kandung):

II. Identitas Orangtua:

1. Ayah:

Nama :
Usia :
Pendidikan :
Pekerjaan :
No. HP. :
Email :
Agama :

2. Ibu:

Nama :
Usia :
Pendidikan :
Pekerjaan :
No. HP. :
Email :
Agama :

Riwayat Medis :

| No. | Tahun | Nama Dokter/ Psikolog | Diagnosa | Saran & Terapi | Keterangan |
|-----|-------|-----------------------|----------|----------------|------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |



Liliput

Helping hands in your child's development

Jl. Cipete IV No. 6 Jakarta Selatan

Telp. (+62-21) 7581 6662

Saudara Kandung (Termasuk Pasien)

| No. | Nama | L/P | Usia | Pekerjaan/ Sekolah | Keterangan |
|-----|------|-----|------|--------------------|------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |

Kekuatiran Orangtua:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Riwayat Perkembangan:

Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

- | | | |
|---|--|--|
| 1. Apakah kehamilan ini diinginkan | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 2. Apakah pemeriksaan kehamilan ini teratur | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 3. Oleh siapakah pemeriksaan dilakukan | <input type="checkbox"/> Dokter | <input type="checkbox"/> Bidan |
| 4. Kebiasaan ibu saat hamil | <input type="checkbox"/> Merokok | <input type="checkbox"/> Minum Alkohol |
| | <input type="checkbox"/> Minum Obat-obatan | |
| | <input type="checkbox"/> Minum Jamu | |
| 5. KB yang digunakan sebelum hamil | <input type="checkbox"/> Kalender | |
| | <input type="checkbox"/> Suntik | |
| | <input type="checkbox"/> IUD | |
| | <input type="checkbox"/> DII | |
| 6. Penyakit ibu saat hamil | <input type="checkbox"/> Pendarahan | |
| | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | |
| | <input type="checkbox"/> Penyakit jantung | |
| | <input type="checkbox"/> Kejang | |
| | <input type="checkbox"/> Lain-lain | |



Liliput

Helping hands in your child's development

Jl. Cipete IV No. 6 Jakarta Selatan

Telp. (+62-21) 7581 6662

7. Masalah psikologi saat hamil

:
.....
.....

Riwayat Prinatal

1. Usia kehamilan

: Minggu

2. Jenis persalinan

☐ Spontan
☐ SC atas indikasi

☐ Eks. Forceps

☐ Eks. Vakum

☐ DII

3. Persalinan ditolong oleh

☐ Dokter

☐ Bidan

☐ Lain-lain

☐ Di

4. Saat lahir

☐ Segera menangis

☐ Tidak segera menangis

☐ Tidak menangis

5. Kelainan setelah lahir

☐ Kuning

☐ Kejang

☐ Kebiruan

☐ DII

6. Berat badan lahir

:

7. Panjang badan lahir

:

8. Lingkar kepala

:

9. Apgar score

:

Riwayat Postnatal

1. Riwayat penyakit yang diderita

:

2. Apakah anak minum

☐ ASI saja

☐ ASI + Susu Formula

☐ Susu Formula saja

☐ Lain-lain

3. Reflek Hisap

☐ Baik

☐ Kurang

☐ Tidak

4. Kesulitan Menelan

☐ Ya

☐ Tidak



Liliput

Helping hands in your child's development

Jl. Cipete IV No. 6 Jakarta Selatan

Telp. (+62-21) 7581 6662

5. Mengunyah

☐ Telan

☐ Emut

☐ Kunyah

6. Pola Makan

☐ Bubur, Umur:

☐ Nasi Tim, Umur:

☐ Nasi Biasa, Umur:

7. Masalah Buang Air Besar

☐ Ya

☐ Tidak

8. Riwayat Imunisasi

☐ BCG

☐ Polio

☐ DPT/ DT

☐ Campak

☐ MMR X

☐ Hepatitis B

☐ Lain-lain

Riwayat Perkembangan Psikomotorik

1. Tengkurap

: Bulan

2. Balik Terlentang

: Bulan

3. Duduk

: Bulan

4. Merangkak

☐ Ya,Bulan

☐ Tidak

5. Berjalan

: Bulan

Riwayat Bahasa dan Bicara

1. Komunikasi dua arah

☐ Verbal

☐ Gesture

☐ Lain-lain

2. Tersenyum untuk oranglain

: Bulan

3. Tertawa Bersuara

: Bulan

4. Meniru Kata-kata

: Bulan

5. Kejelasan bicara

☐ Jelas

☐ Tidak Jelas

6. Pemahaman perintah

☐ Paham



Liliput

Helping hands in your child's development

Jl. Cipete IV No. 6 Jakarta Selatan

Telp. (+62-21) 7581 6662

☐ Tidak Paham

7. Pemahaman Kosa Kata (K. Benda, K. Kerja)

☐ Paham

☐ Tidak Paham

8. Irama Kelancaran

☐ Gagap

☐ Latah

☐ Normal

Jadwal Harian Anak:

| No. | Jam | Kegiatan | Keterangan |
|-----|-----|----------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Jakarta,
Pengisi Kuisisioner

20

(.....)*

Keterangan:

* (Nama dan Hubungan dengan anak)