

[10] 단순서식변경

แบบสอบถามเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพสำหรับทารก(สำหรับ 66-71 เดือน)

ชื่อผู้รับชื่อผู้รับบริการบริการ		หมายเลขประจำตัวประชาชน		หมายเลขติดต่อผู้ปกครอง	
ชื่อผู้ปกครอง		ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ		อีเมล	

วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบสุขภาพสำหรับทารกคือการตรวจการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เป็นปกติมากกว่าการตรวจหาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ คุณเข้าใจวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบสุขภาพแล้วใช่ไหมหรือไม่?

ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐

1. วันเดือนปีเกิดของบุตร: _____ ปี _____ เดือน _____ วัน

2. น้ำหนักแรกเกิด: ■ ■ กก. (ปัดเศษให้เป็นทศนิยมหนึ่งตำแหน่ง)

3. ให้ทำเครื่องหมายว่าเคยได้รับ (โปรดระบุความถี่ในช่องที่สอดคล้อง)

	ปีซีจี	โรคตับอักเสบ B	ดีทีพี	โรคโปลิโอ	เชื้อมีโมคอกคัส	อีโมฟิลุส B	โรคหัด, โรคคางทูม, โรคหัดเยอรมัน	โรคสุกใส	โรคใช้สมองอักเสบ
จำนวนที่เสร็จสิ้นแล้ว									

4. บุตรของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาด้านพัฒนาการ หรืออยู่ระหว่างการรักษาหรือไม่


①ใช่ ② ไม่ใช่ ถ้า "ใช่" ให้ระบุการวินิจฉัยเฉพาะ _____

 **การมองเห็น**

ใช่①

ไม่ใช่②

1	ตำแหน่งรูม่านตาของทารกผิดปกติหรือไม่	① ②
2	บุตรของท่านหันศีรษะหรือหันข้างเพื่อที่จะมองวัตถุที่อยู่ข้างหน้าหรือตะแคงศีรษะขณะมองหรือไม่	① ②
3	บุตรของท่านอ่านหนังสือ/ ดูโทรทัศน์/ มองดูสิ่งต่างๆ ในระยะที่ใกล้มากหรือต้องขมวดคิ้วขณะดูหรือไม่	① ②
4	การมองเห็นของตาแต่ละข้างมีความแตกต่างกันหรือไม่เมื่อเปรียบเทียบกัน เมื่อปิดตาทีละข้าง	① ②

 **การได้ยิน**

ใช่①

ไม่ใช่②

1	เด็กสามารถออกเสียงสระและพยัญชนะส่วนมากได้ถูกต้อง	① ②
2	เด็กสามารถเข้าใจคำสั่งได้ดีแม้จะพูดด้วยเสียงเบาๆ	① ②
3	เด็กสามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดกับผู้อื่นได้ดี	① ②
4	เด็กสามารถพูดตามผู้ใหญ่ได้เหมือนหรือไม่	① ②
5	มีผู้ปกครองหรือญาติที่มีปัญหาด้านการได้ยินตั้งแต่เด็กหรือไม่	① ②

 **การศึกษาด้านการป้องกันอุบัติเหตุ**

ใช่①

ไม่ใช่②

1	บุตรของท่านสวมหมวกนิรภัยหรืออุปกรณ์กันกระแทกเสมอ ขณะขี่จักรยาน เล่นสเก็ต ฯลฯ	① ②
2	เด็กเคยข้ามถนนเพียงลำพังหรือไม่	① ②
3	ท่านให้บุตรของท่านนั่งในเบาะเสริมและรัดเข็มขัดนิรภัยเมื่อนั่งในรถยนต์หรือไม่ (ถ้าคุณไม่มีรถยนต์ ③)	① ② ③
4	เด็กชอบดื่มเครื่องดื่มมากกว่าน้ำเปล่าหรือไม่	① ②
5	ท่านให้เด็กเล่นในสนามเด็กเล่นเพียงลำพังขณะท่านทำกิจกรรมอื่นหรือไม่	① ②

 **การศึกษาเตรียมความพร้อมก่อนวัยเรียน**

ใช่①

ไม่ใช่②

1	เด็กสามารถแยกแยะพฤติกรรมที่ดีและไม่ดีได้ด้วยตนเองหรือไม่	① ②
2	เด็กสามารถรอคอยสิ่งที่ต้องการทำ รับประทานอาหาร และมี ได้หรือไม่	① ②
3	เด็กเล่นร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดีหรือไม่ (เช่น เด็กสามารถประนีประนอมขณะที่เล่นกับเพื่อนหรือไม่)	① ②
4	เด็กสามารถนั่งเรียนในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือโรงเรียนอนุบาลได้หรือไม่	① ②
5	เด็กสามารถปฏิบัติตามคำสั่งของผู้ใหญ่หรือกฎที่ผู้ปกครองหรือครูตั้งขึ้นได้หรือไม่	① ②
6	เป็นการยากสำหรับเด็กที่จะแยกจากผู้ปกครองเมื่อต้องไปโรงเรียนอนุบาลหรือไม่	① ②
7	เด็กสามารถไปห้องน้ำได้ด้วยตนเองหรือไม่	① ②
8	เด็กสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็นได้หรือไม่	① ②
9	เด็กตื่นและเข้านอนเป็นเวลาหรือไม่	① ②

 **การศึกษาด้านโภชนาการ**

1	เด็กมีความชอบรับประทานอาหารเข้าหรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ทุกวันแต่เป็นประจำ ③ ไม่ใช่	① ② ③
2	ครอบครัวรับประทานอาหารเย็นร่วมกันสัปดาห์ละกี่ครั้ง ① 1-2 ครั้ง ② 3-4 ครั้ง ③ มากกว่า 5 ครั้ง	① ② ③
3	เด็กรับประทานอาหารผลิตภัณฑ์จากนมที่มีแคลเซียมเช่นนมสด โยเกิร์ตธรรมชาติ เนยแข็ง ฯลฯ ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②
4	เด็กรับประทานอาหารว่างเมื่อไหร่ ① เขา/เธอ ไม่รับประทานอาหารว่าง ② ระหว่างมื้อ ③ ก่อนเข้านอนหรือช่วงดึก ④ เมื่อ เขา/เธอ ต้องการ	① ② ③ ④
5	ประเภทของอาหารที่เด็กมักรับประทานเป็นอาหารว่าง (โปรดทำเครื่องหมายที่จำนวนที่สอดคล้อง หากเข้าข่าย) ① เครื่องดื่มผสมน้ำตาล (เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มเกลือแร่ เครื่องดื่มสำหรับเด็ก ฯลฯ) ② อาหารมันๆ หวาน และ เค็ม (เช่น อาหารจานด่วน อาหารกึ่งสำเร็จรูป ฯลฯ) ③ ไม่เกี่ยวข้อง	① ②
6	บุตรของท่านทำกิจกรรมทางกายอย่างกระฉับกระเฉง (การเล่น ออกกำลังกาย ฯลฯ) มากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②

* หากคุณได้รับการตรวจสอบสุขภาพเกินจำนวนที่กำหนดไว้ล่วงหน้า คุณจะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเพิ่มเติมที่ไม่ยุติธรรม