

ผลการตรวจสุขภาพสำหรับเด็กทารก (สำหรับวัย 54-60 เดือน)

ชื่อผู้รับชื่อผู้รับบริการ ร				หมายเลขประจำตัวประชาชน			
ร่างกาย การวัด	ส่วนสูง (ซม.)		น้ำหนักตัว (กก.)		ขนาดรอบศีรษะ		BMI (กก./ตร.ม.)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ซม. (ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> กก. (ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ซม. (ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ซม. (ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์)
	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการประเมินต่อไป		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการประเมินต่อไป		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการประเมินต่อไป		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการประเมินต่อไป
	<p>* ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์หมายถึงการเรียงลำดับจำนวนทารกที่มีอายุและเพศเดียวกันออกเป็น 100 โค้งพัฒนาการของกราฟด้านบนแสดงค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 5, 10, 25, 50, 75, 90 และ 95 จากน้อยไปมาก</p>						
การวินิจฉัยแรกเริ่มของ การตรวจทางร่างกาย		สภาวะทั่วไป	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	หน้าอก	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
		ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ปอด	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
		ศีรษะ/ใบหน้า	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	หัวใจ	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
		ตา	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ช่องท้อง	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
		จมูก	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	อวัยวะสืบพันธุ์	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
		หู	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระยางค์	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
		ช่องปาก	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	กระดูกสันหลัง	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
		คอ	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	การทดสอบทางประสาทวิทยา	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
การมองเห็น	แบบสอบถาม	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการประเมินค่าต่อไป/ [แบบสอบถามเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง] <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4]					
	การวัดระดับสายตา	<input type="checkbox"/> แผนภาพดวงตา <input type="checkbox"/> แผนภาพหมายเลขดวงตา		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการประเมินค่าต่อไป <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำตามการทดสอบ			
การได้ยิน	แบบสอบถาม	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการประเมินค่าต่อไป/ [แบบสอบถามเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง] <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> เกี่ยวกับ K-DST]					
จัดการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ		<input type="checkbox"/> การศึกษาด้านการป้องกันอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> การศึกษาด้านโภชนาการ <input type="checkbox"/> การศึกษาสุขอนามัยส่วนบุคคล					
ผลการประเมินค่าพัฒนาการ		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องติดตามการตรวจ <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> กระบวนการรับรู้ <input type="checkbox"/> ภาษา <input type="checkbox"/> ทักษะทางสังคม <input type="checkbox"/> การช่วยเหลือตนเอง					
		<input type="checkbox"/> จำเป็นต้องติดตามการทดสอบ <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> กระบวนการรับรู้ <input type="checkbox"/> ภาษา <input type="checkbox"/> ทักษะทางสังคม <input type="checkbox"/> การช่วยเหลือตนเอง					
		<input type="checkbox"/> จำเป็นต้องติดตามการทดสอบ <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> กระบวนการรับรู้ <input type="checkbox"/> ภาษา <input type="checkbox"/> ทักษะทางสังคม <input type="checkbox"/> การช่วยเหลือตนเอง					
		[เกี่ยวกับคำถามอื่นๆ เพิ่มเติม <input type="checkbox"/> การพัฒนาทักษะทางสังคม (S)]					

		<input type="checkbox"/> จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง			
การตรวจวิเคราะห์ทั่วไป		<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พึงระวัง <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการประเมินต่อไป			
การวินิจฉัยแรกรับและ การดำเนินการ					
หมายเลขสถาบัน ทางการแพทย์		ชื่อสถาบันที่ ตรวจสุขภาพ			
การตรวจร่างกาย		หมายเลขใบ อนุญาต		รายนามแพทย์	(ลายเซ็น)

* วัตถุประสงค์ของการตรวจสุขภาพสำหรับทารก คือการตรวจสอบการเจริญเติบโตและการพัฒนาการที่ปกติของพวกเขา

แม้ว่าผลการดำเนินงานในปัจจุบันจะเป็นเรื่องปกติ การค้นพบที่ผิดปกติอาจปรากฏขึ้นในกระบวนการเติบโตและการพัฒนาการในอนาคต

* โรคที่มีการระบายน้อยอาจจะไม่พบในการตรวจสุขภาพ

* ถ้าผลการตรวจสุขภาพ อยู่ในเกณฑ์ ดี โปรดรักษาสถานะของสุขภาพที่ดีต่อไป หากอยู่ในเกณฑ์ “พึงระวัง” หรือ “จำเป็นต้องรับการตรวจเพิ่มเติม” โปรดปรึกษาแพทย์

* หากแพทย์ได้ระบุในเอกสารการวินิจฉัยแรกรับจากการตรวจสุขภาพว่าผู้รับบริการจะต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ต่อไป

ให้ท่านใช้เอกสารนั้นเป็นใบส่งต่อ (ใบส่งตัวผู้ป่วย) สำหรับการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมกว่า

* ถ้าท่านนำรายงานผลการตรวจมาด้วยในการเข้ารับการตรวจสุขภาพครั้งต่อไป จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง