

| | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อผู้รับข้อมูล | | | | หมายเลขประจำตัวประชาชน | | | |
| วิธีการบริการ | | | | | | | |
| การวัดร่างกาย | ส่วนสูง (ซม.) | | น้ำหนักตัว (กก.) | | ขนาดรอบศีรษะ | | BMI (กก./ตร.ม.) |
| | <input type="text"/> ซม. (ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์) | | <input type="text"/> กก. (ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์) | | <input type="text"/> ซม. (ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์) | | <input type="text"/> 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 |
| | | | | | | | |
| | * ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์หมายถึงการเรียงลำดับจำนวนทารกที่มีอายุและเพศเดียวกันออกเป็น 100 โค้งพัฒนาการของกราฟด้านล่างแสดงค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 5, 10, 25, 50, 75, 90 และ 95 จากน้อยไปมาก | | | | | | |
| | | | | | | | |
| การวินิจฉัยแรกเริ่มของภาวะตรวจทางร่างกาย | | สภาวะทั่วไป | <input type="checkbox"/> ดี | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | หน้าอก | <input type="checkbox"/> ดี | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| | | ผิว | <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/[แบบสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย] <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 | | | ตาซ้าย: ตาขวา: ตาทั้งสอง: | | |
| <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการประเมินต่อ ไม่สามารถทำตามการทดสอบ | | | | | | | |
| การได้ยิน | แบบสอบถาม | <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการประเมินค่าต่อไป/[แบบสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย] <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"/> การศึกษาทางอารมณ์และสังคม | | | | | |
| ผลการประเมินค่าพัฒนาการ | | <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องติดตามการตรวจ [<input type="checkbox"/> การออกกำลังกายน้อยเกินไป <input type="checkbox"/> การออกกำลังกายน้อยเกินไป <input type="checkbox"/> กระบวนการรับรู้ <input type="checkbox"/> ภาษา <input type="checkbox"/> ทักษะทางสังคม <input type="checkbox"/> การช่วยเหลือตนเอง] | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> ยกกล้ามเนื้อมัดใหญ่ <input type="checkbox"/> ยกกล้ามเนื้อเล็ก <input type="checkbox"/> [<input type="checkbox"/> ภาษา <input type="checkbox"/> ทักษะทางสังคม <input type="checkbox"/> การช่วยเหลือตนเอง] | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|--------------------|
| | จำเป็นต้องติดตามการทดสอบ | การออกกำลังกาย ยกสามเนื้อมัดใหญ่ | การออกกำลังกาย ยกสามเนื้อเล็ก | กระบวนกา รับรู้ | ทักษะทางสังคม | การช่วยเหลือตนเอง] |
| | [เกี่ยวกับคำถามอื่นๆเพิ่มเติม | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> พัฒนาการทางทักษะทางสังคม (S) | | |
| | | | พัฒนาการทางภาษา (L) | | | |
| | <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง | | | | | |

| | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| การตรวจวิเคราะห์ทั่วไป | <input type="checkbox"/> ดี | <input type="checkbox"/> พึงระวัง | <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการประเมินต่อไป |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|

| | |
|------------------------------------|--|
| การวินิจฉัยแรกเริ่มและการดำเนินการ | |
|------------------------------------|--|

| | | | | | |
|--------------------------|--|-------------------------|--|-------------|-----------|
| หมายเลขสถาบันทางการแพทย์ | | ชื่อสถาบันที่ตรวจสุขภาพ | | | |
| การตรวจร่างกาย | | หมายเลขใบอนุญาต | | รายนามแพทย์ | (ลายเซ็น) |

- * วัตถุประสงค์ของการตรวจสุขภาพสำหรับทารก คือการตรวจสอบการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ปกติของพวกเขา แม้ว่าผลการดำเนินงานในปัจจุบันจะเป็นเรื่องปกติ การค้นพบที่ผิดปกติอาจปรากฏขึ้นในกระบวนการเติบโตและพัฒนาการในอนาคต
- * โรคที่มีการระบายน้อยอาจจะไม่พบในการตรวจสุขภาพ
- * ถ้าผลการตรวจสุขภาพ อยู่ในเกณฑ์ ดี โปรดรักษาสภาวะของสุขภาพที่ดีต่อไป หากอยู่ในเกณฑ์ “พึงระวัง” หรือ “จำเป็นต้องรับการตรวจเพิ่มเติม” โปรดปรึกษาแพทย์
- * หากแพทย์ได้ระบุในเอกสารการวินิจฉัยแรกเริ่มจากการตรวจสุขภาพว่าผู้รับบริการจะต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ต่อไป ให้ท่านใช้เอกสารนั้นเป็นใบส่งต่อ (ใบส่งตัวผู้ป่วย) สำหรับการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมกว่า
- * ถ้าท่านนำรายงานผลการตรวจมาด้วยในการเข้ารับการตรวจสุขภาพครั้งต่อไป จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง