

[6] 단순서식변경

แบบสอบถามสำหรับการตรวจสอบสุขภาพทารก (สำหรับ 18–24 เดือน)

ชื่อผู้รับชื่อผู้รับบริการบริการ		หมายเลขประจำตัวประชาชน		หมายเลขติดต่อผู้ปกครอง	
ชื่อผู้ปกครอง		ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ		อีเมล	

วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบสุขภาพสำหรับทารกคือการตรวจการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เป็นปกติมากกว่าการตรวจหาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ คุณเข้าใจวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบสุขภาพแล้วใช่หรือไม่?

ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐

1. วันเดือนปีเกิดของบุตร: _____ ปี _____ เดือน _____ วัน 2. น้ำหนักแรกเกิด: ■■■ กก. (ปัดเศษให้เป็นทศนิยมหนึ่งตำแหน่ง)


3. ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือไม่ ① ใช่ (ระบุวันครบกำหนดคลอด? _____ ปี _____ เดือน _____ วัน) ② ไม่ใช่

4. ให้ทำเครื่องหมายระบุวัคซีนที่เคยได้รับ (โปรดระบุความถี่ในช่องที่สอดคล้อง)

	บีซีจี	โรคตับอักเสบบ	ดีพีที	โรคโปลิโอ	เชื่อนิวโมคอกคัส	ฮิโมฟิลุส B	โรคหัด, โรคคางทูม, โรคหัดเยอรมัน	โรคสุกใส	โรคไข้มองอักเสบบ
จำนวนที่เสร็จสิ้นแล้ว									

5. บุตรของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาด้านพัฒนาการ หรืออยู่ระหว่างการรักษาหรือไม่

① ใช่ ② ไม่ใช่ ถ้า "ใช่" ให้ระบุการวินิจฉัยเฉพาะ _____

 **การมองเห็น**

ใช่① ไม่ใช่②

1	บุตรของท่านมีอุปสรรคในการสบตาหรือรู้ว่ามีคามผิดปกติ	① ②
2	รูม่านตาของทารกมีลักษณะขุ่นหรือไม่?	① ②
3	ทารกจะต้องหมุนหรือเอียงคอเพื่อจะมองไปข้างหน้า (วัตถุอยู่ด้านหน้า) ด้วยการจ้องมองหรือไม่	① ②
4	บุตรของท่านอ่านหนังสือ/ ดูโทรทัศน์/ มองดูสิ่งต่างๆ ในระยะที่ใกล้มากหรือต้องขมวดศีรษะหรือไม่	① ②

 **ทักษะด้านการป้องกันอุบัติเหตุ**

ใช่① ไม่ใช่②

1	ท่านเก็บยา สารเคมี (ผงเผือกขาว ผงซักฟอก ฯลฯ) และของมีคมให้พ้นจากมือเด็กหรือไม่	① ②
2	คุณวางเตียงของทารกห่างจากหน้าต่างหรือผ้าม่านหรือไม่	① ②
3	คุณเปลี่ยนทิศของค้ำจับภาชนะในครัวบนเตาเพื่อให้พ้นจากมือเด็กหรือไม่	① ②
4	คุณเคยปล่อยทารกนั่งอยู่ตามลำพังในสระหรืออ่างอาบน้ำหรือไม่ แม้จะเพียงแค่วินาทีเดียว	① ②
5	ท่านให้เด็กนั่งในรถยนต์อย่างไร ① การใช้เบาะนิรภัย ② ให้นั่งเบาะเสริม ③ คาดเข็มขัดนิรภัย ④ นั่งโดยไม่ใช้อุปกรณ์ใดๆ	① ② ③ ④

 **การได้ยิน**

ใช่① ไม่ใช่②

1	ทารกสามารถแยกแยะเสียงในระดับปกติได้จากทุกทิศทางหรือไม่	① ②
2	ทารกเข้าใจและตอบสนองต่อคำถาม ใช่/ไม่ใช่ อย่างง่าย เช่น "หิวไหม" หรือ "ปวดหัวไหม" ได้หรือไม่	① ②
3	ทารกสามารถพูดชื่อตัวเอง (แม้จะไม่ถูกต้อง) ได้หรือไม่	① ②
4	ทารกสามารถทบทวนภาพของวัตถุในหนังสือ เมื่อคุณพูดชื่อนั้นได้หรือไม่	① ②
5	ทารกเข้าใจในขณะที่ยังฟังคำสั่งง่ายๆ (เอาแก้วมาให้หน่อย หยิบลูกบอลมา ฯลฯ) หรือไม่	① ②

 **การอบรมการใช้ห้องน้ำ**

ใช่① ไม่ใช่②

1	ระยะเวลาปัสสาวะของทารกนานกว่าเดิมหรือไม่ (ประมาณ 2 ชม.)	① ②
2	บุตรของท่านสามารถถอดกางเกงเองได้	① ②
3	บุตรของท่านเข้าใจหรือพูดคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องการอุจจาระและปัสสาวะ (ชี้ ชี้ ฯลฯ) หรือไม่	① ②
4	บุตรของท่านแสดงความสนใจต่อโถส้วมหรือไม่	① ②
5	บุตรของท่านมีการขับถ่ายสม่ำเสมอและขับถ่ายคล่องหรือไม่	① ②
6	คุณเคยพยายามฝึกการขับถ่ายหรือไม่	① ②

 **การศึกษาด้านโภชนาการ**

1	เด็กรับประทานอาหารเช้าอย่างสม่ำเสมอ เป็นเวลา ในที่ๆ จัดไว้ประจำหรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②
2	บุตรของท่านใช้ขวดนมหรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②
3	ท่านปรุงอาหารให้บุตรอย่างไร ① ใช้ปริมาณเกลือเท่ากับอาหารผู้ใหญ่ ② ให้ปริมาณเกลือน้อยกว่าอาหารผู้ใหญ่ ③ ไม่ใช้เกลือเลย	① ② ③
4	ปริมาณของน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มผสมน้ำตาลที่เด็กดื่มต่อวัน (เช่น น้ำอัลมอนด์, เครื่องดื่มเกลือแร่, เครื่องดื่มสำหรับเด็ก ฯลฯ) เป็นเท่าใด ① น้อยกว่า 200 มล. (1 ถ้วยตวง) ② 200-499 มล. ③ มากกว่า 500 มล.	① ② ③
5	อาหารชนิดใดที่ท่านให้บุตรรับประทานระหว่างวัน (โปรดทำเครื่องหมายที่จำนวนที่สอดคล้อง หากเข้าข่าย) ① ธัญพืช ② ผัก ③ ผลไม้ ④ เนื้อ/ปลา/ไข่/ถั่ว ⑤ นมและผลิตภัณฑ์จากนม ⑥ อื่นๆ	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
6	บุตรของท่านมีปฏิกิริยาอย่างไรเมื่อท่านให้อาหาร ① เขา / เธอรับประทานทุกอย่างได้ดี ② เขา / เธอรับประทานอาหารเพียงแคหนึ่งหรือสองอย่างที่ต้องการ ③ เขา / เธอไม่หยิบอาหารเพื่อรับประทานแต่รับประทานเพียงเล็กน้อย ④ เขา / เธอเกลียดอาหารที่ต้องเคี้ยว ⑤ เขา / เธอไม่สนใจอาหารเลย	① ② ③ ④ ⑤
7	ท่านเพลิดเพลินกับการแบ่งปันอาหารกับบุตรของท่านหรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②
8	ท่านให้อาหารเสริมอื่นๆ แก่บุตรมากกว่าอาหารตามมือหรือไม่ (วิตามิน, แร่ธาตุ, โปรไบโอติก, โสมแดง ฯลฯ) ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②

※ หากคุณได้รับการตรวจสอบสุขภาพเกินจำนวนที่กำหนดไว้ล่วงหน้า คุณจะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเพิ่มเติมที่ไม่ยุติธรรม