

[8] 단순서식변경

แบบสอบถามสำหรับการตรวจสุขภาพทารก (สำหรับ 42-48 เดือน)

ชื่อผู้รับชื่อผู้รับบริการบริการ		หมายเลขประจำตัวประชาชน		หมายเลขติดต่อผู้ปกครอง	
ชื่อผู้ปกครอง		ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ		อีเมลล์	

วัตถุประสงค์ของการตรวจสุขภาพสำหรับทารกคือการตรวจการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เป็นปกติมากกว่าการตรวจหาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ คุณเข้าใจวัตถุประสงค์ของการตรวจสุขภาพแล้วใช่หรือไม่?

ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐

1. วันเดือนปีเกิดของบุตร: _____ ปี _____ เดือน _____ วัน

2. น้ำหนักแรกเกิด: ■ ■ กก. (ปัดเศษให้เป็นทศนิยมหนึ่งตำแหน่ง)

3. ให้ทำเครื่องหมายระบุวิธีขึ้นที่เคยได้รับ (โปรดระบุความถี่ในช่องที่สอดคล้อง)

	บีบีซี	โรคตับอักเสบ B	ดีทีพี	โรคโปลิโอ	เชื้อมีโมคอกคัส	ฮิโมฟิลุส B	โรคหัด, โรคคางทูม, โรคหัดเยอรมัน	โรคสุกใส	โรคใช้สมองอักเสบ
จำนวนที่เสร็จสิ้นแล้ว									

4. ทารกของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาด้านพัฒนาการหรือกำลังรับการรักษาอยู่ในขณะนี้หรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่

ถ้า "ใช่" ให้ระบุการวินิจฉัยเฉพาะ: _____

การมองเห็น

ใช่ ①

ไม่ใช่ ②

1	ตำแหน่งรูม่านตาของทารกดูผิดปกติหรือไม่	① ②
2	บุตรของท่านหันศีรษะหรือหันข้างเพื่อที่จะมองวัตถุที่อยู่ข้างหน้าหรือตะแคงศีรษะขณะมองหรือไม่	① ②
3	บุตรของท่านอ่านหนังสือ/ ดูโทรทัศน์/ มองดูสิ่งต่างๆ ในระยะที่ใกล้มากหรือต้องขมวดคิ้วขณะดูหรือไม่	① ②
4	การมองเห็นของตาแต่ละข้างมีความแตกต่างกันหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกัน เมื่อปิดตาทีละข้าง	① ②

การศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์และสังคม

ใช่ ①

ไม่ใช่ ②

1	เด็กตั้งใจเล่นกับเด็กในวัยเดียวกันหรือไม่	① ②
2	เด็กทำร้ายเพื่อนบ่อยๆ หรือแย่งสิ่งของ ของผู้อื่นหรือไม่	① ②
3	ท่านเริ่มสอนบุตรให้ทำงานบ้านง่ายๆ หรือไม่ (เช่น ทิ้งขยะ ทำความสะอาดของเล่นหลังเลิกเล่น ฯลฯ)	① ②
4	ท่านสอนให้บุตรปฏิบัติตนในที่สาธารณะหรือไม่	① ②
5	ท่านสอนบุตรให้ทักทายคนรู้จักเมื่อพบกันหรือไม่/ ท่านสอนบุตรให้กล่าวคำ 'ขอโทษ' หรือ 'ขอบคุณ' เมื่อมีคนทำอะไรให้เขา/เธอ หรือไม่	① ② ③ ④
6	บุตรของท่านสามารถแสดงละครตามจินตนาการและบทบาทสมมติได้หรือไม่	① ②
7	เด็กสามารถเล่นในกลุ่มที่มีการแบ่งฝ่ายได้หรือไม่	① ②
8	บุตรของท่านสามารถอธิบายงานหรือบทบาทที่พบเห็นบ่อยๆ ได้หรือไม่	① ②

การได้ยิน

ใช่ ①

ไม่ใช่ ②

1	เด็กสามารถฟังและพูดตามคำศัพท์ได้อย่างถูกต้อง (ดินสอ, โรงเรียน ฯลฯ) ที่เป็นเสียงกระซิบห่างออกไปหนึ่งช่วงแขนเมื่ออยู่ในสถานที่เงียบโดยใช้มือปิดหูทีละข้างได้หรือไม่	① ②
2	ท่านสามารถเข้าใจสิ่งที่เด็กพูดได้เป็นส่วนใหญ่หรือไม่	① ②
3	ทารกเคยได้รับการอภิบาลในห้องอภิบาลเด็กแรกเกิด (NICU) เกินกว่า 5 ชั่วโมงหรือไม่	① ②
4	การออกเสียงของเด็กถูกต้องหรือไม่	① ②
5	บุตรของท่านพูดได้ดีเท่ากับเด็กคนอื่นในวัยเดียวกันหรือไม่	① ②

การศึกษาด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

ใช่ ①

ไม่ใช่ ②

1	มีอุปกรณ์นิรภัยเช่น กลอนประตู หรืออุปกรณ์นิรภัยสำหรับเด็กในบริเวณบันได หน้าต่างและระเบียงหรือไม่	① ②
2	ท่านเคยปล่อยทารกนั่งอยู่ตามลำพังในสระหรืออ่างอาบน้ำหรือไม่	① ②
3	ท่านเก็บบุหรี่, ไฟแช็ค, อุปกรณ์ไฟฟ้า และสายไฟฟ้าให้พ้นจากมือเด็กหรือไม่	① ②
4	บุตรของท่านสวมหมวกนิรภัยหรืออุปกรณ์กันกระแทกเสมอ ขณะขี่จักรยาน เล่นสเก็ต ฯลฯ	① ②
5	บุตรของท่านเล่นบนถนนที่มีรถสัญจรผ่านไปมาหรือไม่	① ②
6	ท่านให้เด็กนั่งในรถยนต์อย่างไร ① ใช้เบาะนั่งนิรภัย ② ให้นั่งเบาะเสริม ③ คาดเข็มขัดนิรภัย ④ นั่งโดยไม่มีอุปกรณ์ใดๆ	① ② ③ ④

การศึกษาด้านโภชนาการ

1	บุตรของท่านรับประทานอาหารกี่ครั้ง ① ครั้งเดียว ② 2 ครั้ง ③ 3 ครั้ง ④ มากกว่า 4 ครั้ง	① ② ③ ④
2	บุตรของท่านรับประทานขนมขบเคี้ยวกี่ครั้ง ① ครั้งเดียว ② 2 ครั้ง ③ มากกว่า 3 ครั้ง	① ② ③
3	บุตรของท่านดื่มนมสดกี่ครั้ง ① ไม่ดื่มเลย ② น้อยกว่า 200 มล. ③ 200-499 มล. ④ 500-999 มล. ⑤ มากกว่า 1,000 มล.	① ② ③ ④ ⑤
4	ปริมาณของน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มผสมน้ำตาลที่เด็กดื่มต่อวัน (เช่น น้ำอัดลม, เครื่องดื่มเกลือแร่, เครื่องดื่มสำหรับเด็ก ฯลฯ) เป็นเท่าใด ① น้อยกว่า 200 มล. (1 ถ้วยตวง) ② 200-499 มล. ③ มากกว่า 500 มล.	① ② ③
5	ท่านมั่นใจหรือไม่ว่าอาหารที่ปรุงให้บุตรและครอบครัวมีปริมาณเกลือต่ำ ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②
6	ทัศนคติของเด็กต่อการนั่งร่วมโต๊ะอาหาร (โปรดทำเครื่องหมายที่จำนวนที่สอดคล้อง หากเข้าข่าย) ① เขา/เธอ ใช้เวลานานในการรับประทานอาหาร (เกิน 30 นาที) ② เขา/เธอ ปฏิเสธที่จะรับประทานอาหารเช้า ③ เขา/เธอ รับประทานอาหารเพียงสิ่งที่ต้องการจะรับประทานเท่านั้น ④ เป็นการยากที่จะทำให้ เขา/เธอ รับประทานอาหาร ⑤ ไม่เกี่ยวข้อง	① ② ③ ④ ⑤
7	บุตรของท่านดูโทรทัศน์หรือใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (คอมพิวเตอร์ เครื่องเล่นเกม สمارทโฟน ฯลฯ) มากกว่า 2 ชม. หรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②
8	บุตรของท่านทำกิจกรรมทางกายอย่างกระฉับกระเฉง (การเล่น ออกกำลังกาย ฯลฯ) มากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②

※ หากคุณได้รับการตรวจสุขภาพเกินจำนวนที่กำหนดไว้ล่วงหน้า คุณจะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเพิ่มเติมที่ไม่ยุติธรรม