

[9] 단순식변경


แบบสอบถามสำหรับการตรวจสุขภาพทารก(สำหรับ 54-60 เดือน)

ชื่อผู้รับชื่อผู้รับบริการบริการ		หมายเลขประจำตัวประชาชน		หมายเลขติดต่อผู้ปกครอง	
ชื่อผู้ปกครอง		ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ		อีเมลล์	

วัตถุประสงค์ของการตรวจสุขภาพสำหรับทารกคือการตรวจการเจริญเติบโตและการพัฒนาการที่เป็นปกติมากกว่าการตรวจหาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ คุณเข้าใจวัตถุประสงค์ของการตรวจสุขภาพแล้วใช่หรือไม่?

ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐

1. วันเดือนปีเกิดของบุตร: _____ ปี _____ เดือน _____ วัน		2. น้ำหนักแรกเกิด: ■ ■ กก. (พิเศษให้เป็นทศนิยมหนึ่งตำแหน่ง)							
3. ให้ทำเครื่องหมายว่าข้อใดที่เคยได้รับ (โปรดระบุความถี่ในช่องที่สอดคล้อง)									
	บีบีซี	โรคตับอักเสบ B	ดีทีพี	โรคโปลิโอ	เชื่อนิวโมคอคคัส	ฮิโมฟีลัส B	โรคหัด, โรคคางทูม, โรคหัดเยอรมัน	โรคสุกใส	โรคใช้สมองอักเสบ
จำนวนที่เสร็จสิ้นแล้ว									
4. ทารกของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาด้านพัฒนาการหรือกำลังรับการรักษายู่ ในขณะนี้หรือไม่									
①ใช่ 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	การมองเห็นของตาแต่ละข้างมีความแตกต่างกันหรือไม่เมื่อเปรียบเทียบกัน เมื่อปิดตาทีละข้าง	① ②

 การศึกษาด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	ใช่ ① ไม่ใช่ ②
--	----------------

1	บุตรของท่านสวมหมวกนิรภัยหรืออุปกรณ์กันกระแทกเสมอ ขณะขี่จักรยาน เล่นสเก็ต ฯลฯ	① ②
2	บุตรของท่านเล่นบนถนนที่มีรถสัญจรผ่านไปมาหรือไม่	① ②
3	ท่านให้บุตรของท่านนั่งในเบาะเสริมและรัดเข็มขัดนิรภัยเมื่อนั่งในรถยนต์หรือไม่ (ถ้าคุณไม่มีรถยนต์ ③)	① ② ③
4	เด็กรู้กฎว่าเขา/เธอ ต้องมีผู้ดูแลในสระ	① ②
5	เด็กเล่นกับไม้ขีดไฟ, ไฟแช็ค หรือพลุ หรือไม่	① ②
6	ท่านเก็บยา สารเคมี (ผงซักฟอก ผงซักฟอก ฯลฯ) และของมีคมให้พ้นจากมือเด็กหรือไม่	① ②

 การได้ยิน	ใช่ ① ไม่ใช่ ②
--	----------------

1	เด็กสามารถตอบคำถามหลังจากฟังนิทานหรือเรื่องง่าย ๆ ได้หรือไม่	① ②
2	เด็กสามารถสื่อสารกับผู้อื่นอย่างเป็นธรรมชาติด้วยการใช้รูปประโยคง่ายๆ ได้หรือไม่	① ②
3	เด็กสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำสั่งที่ประกอบด้วยการกระทำสองอย่างที่แตกต่างกันได้หรือไม่ (หยิบหนังสือแล้วใส่ลงไปในกระเป๋า)	① ②
4	เด็กสามารถพูดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในโรงเรียนอนุบาล สนามเด็กเล่น บ้านเพื่อน ฯลฯ ได้หรือไม่	① ②
5	เด็กสามารถใช้คำศัพท์ที่มีพยัญชนะ เช่น s, th, j, ch ได้หรือไม่	① ②

 การศึกษเกี่ยวกับสุขอนามัยส่วนบุคคล	ใช่ ① ไม่ใช่ ②
---	----------------

1	เด็กล้างมือ เขา/เธอ ก่อนรับประทานอาหาร	① ②
2	เด็กล้างมือ เขา/เธอ หลังสัมผัสของเล่นหรือสัตว์	① ②
3	เด็กล้างมือ เขา/เธอ หลังเข้าห้องน้ำ	① ②
4	เด็กสัมผัสตา, จมูก, ปากด้วยมือของเขา/เธอ บ่อยไหม	① ②
5	คุณทำอะไรเมื่อเด็กไม่สามารถใช้น้ำล้างมือได้ ① ทำความสะอาดด้วยกระดาษทิชชูแห้ง ② ทำความสะอาดด้วยผ้า ③ ใช้สารฆ่าเชื้อที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ④ ปลอ่ยไว้เช่นกัน	① ② ③ ④

 การศึกษด้านโภชนาการ

1	คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของเด็ก ① อ้วน ② กลาง ③ ผอม	① ② ③
2	เด็กกินใช้เวลาในการรับประทานอาหารใกล้เคียงกับคนอื่นในครอบครัว ① เร็วกว่า ② ใกล้เคียง ③ ช้ากว่า	① ② ③
3	เด็กรับประทานอาหารและของว่างสม่ำเสมอหรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②
4	ปริมาณอาหารที่เด็กรับประทานในหนึ่งครั้งเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กในวัยเดียวกัน ① น้อยกว่า ② ใกล้เคียง ③ มากกว่า	① ② ③
5	เด็กรับประทานอาหารเพียงแคสิ่งที่ต้องการจะรับประทานเท่านั้นหรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②
6	เด็กรับประทานอาหารมันๆ หวาน หรือเค็มจัด (เช่น อาหารจานด่วน อาหารกึ่งสำเร็จรูป ฯลฯ) หรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②
7	เด็กชอบดื่มเครื่องดื่มมากกว่าน้ำเปล่าหรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②
8	บุตรของท่านดูโทรทัศน์หรือใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (คอมพิวเตอร์ เครื่องเล่นเกมส์ สมาร์ทโฟน ฯลฯ) มากกว่า 2 ชม.หรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②
9	บุตรของท่านทำกิจกรรมทางกายอย่างกระฉับกระเฉง (การเล่น ออกกำลังกาย ฯลฯ) มากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②

※ หากคุณได้รับการตรวจสุขภาพเกินจำนวนที่กำหนดไว้ล่วงหน้า คุณจะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเพิ่มเติมที่ไม่ยุติธรรม