



ใบตรวจเช็คการพัฒนาเติบโตของเด็กก่อนเข้าโรงเรียนกรุงเทพ

1 ขวบครึ่ง (1 ขวบ 5 เดือน 16 วัน - 1 ขวบ 11 เดือน 15 วัน)



แผนกตรวจ : _____ โทรศัพท์ : _____
 ชื่อผู้ส่งข้อมูล : _____ หน้าที่ : เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ครู นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ปกครอง อื่นๆ _____
 สัญชาติเดิม : บิดา : ใต้หวัน จีนแดง ประเทศไทย อินโดนีเซีย เวียดนาม กัมพูชา พม่า อื่นๆ : กรุณาระบุ: _____
 มารดา : ใต้หวัน จีนแดง ประเทศไทย อินโดนีเซีย เวียดนาม กัมพูชา พม่า อื่นๆ : กรุณาระบุ: _____

☞ **ข้อมูลเด็ก**
 ชื่อเด็ก : _____ เพศ : ชาย หญิง วันตรวจ : ปี _____ เดือน _____ วัน _____
 เลขบัตรประชาชน :
 ที่อยู่เกิด : กรุงเทพฯ ตำบล _____ เขต _____ หมู่ _____ วันคลอด : ปี _____ เดือน _____ วัน _____ (เด็กเกิดก่อนกำหนด)
 ที่อยู่ติดต่อ : _____ อายุเต็ม : ปี _____ เดือน _____ วัน _____ (กรุณารอกข้อมูลนี้)
 โทรศัพท์ : (กลางวัน) _____ (กลางคืน) _____

☞ **เหตุที่ล่าช้าในการพัฒนาเติบโต**

1. <input type="checkbox"/> เกิดก่อนกำหนด (ตั้งครรภ์ไม่ถึง36สัปดาห์) <input type="checkbox"/> น้ำหนักไม่ถึง2500กรัมตอนเกิด <input type="checkbox"/> ไม่มีที่กล่าว
2. ผิดปกติแต่กำหนด : <input type="checkbox"/> โครโมโซมผิดปกติ (เช่นปัญญาอ่อน, โรคเทอร์เนอร์ซินโดรม เป็นต้น) <input type="checkbox"/> ผิดปกติบริเวณศีรษะ (เช่นริมฝีปากแตก, หูดผิดปกติ) <input type="checkbox"/> โรคเมตาบอลิซึมผิดปกติที่มีมาแต่กำเนิด (เช่นฟีนิลคีนโตนูเรีย, ต่อมไทรอยด์) <input type="checkbox"/> กระดูกสันหลังแตก <input type="checkbox"/> กระดูกประสานเร็ว <input type="checkbox"/> โรคหัวใจแต่เกิด <input type="checkbox"/> ขาแขนผิดปกติ <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____ <input type="checkbox"/> ไม่มีที่กล่าว
3. ปัญหาการนอน, ระหว่าง และหลังคลอด : <input type="checkbox"/> ใต้หัดเยอรมันตอนตั้งครรภ์3เดือนแรก <input type="checkbox"/> แรกตั้งครรภ์มีอาการเลือดออก, โรคเบาหวาน, เลือดพิษ, โรคซิฟิลิส, สุนัขบ้า, ต้มเหล้า <input type="checkbox"/> ทารกหัวใจเส็งต้ง, หายใจ อุจจาระซ้ำ, หายใจเร็ว, หายใจไม่ได้อย่างรุนแรง, อยู่กึ่งอุน _____ วัน <input type="checkbox"/> คะแนนต่ำ : 5 นาที < 7 (หรือน้อยกว่าเท่ากับ 6) ; กรุณาดูบันทึกการเกิดในคู่มือแม่และเด็ก <input type="checkbox"/> เป็นตคริวหลังเกิด, ไม่มีการหายใจ, อาเจียน, อุณหภูมิต่ำ, ให้นมไม่ดี <input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อที่ต้องการเปลี่ยนเลือด <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____ <input type="checkbox"/> ไม่มีที่กล่าว
4. โรคสมองหรือบาดเจ็บ : <input type="checkbox"/> สมองมีน้ำ <input type="checkbox"/> เลือดออกหรือขาดอากาศ <input type="checkbox"/> สมองติดเชื้อ <input type="checkbox"/> โรคลมบ้าหมู <input type="checkbox"/> ก่อนเนื้อในสมอง <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____ <input type="checkbox"/> ไม่มีที่กล่าว
5. ประวัติครอบครัวปัจจัยสิ่งแวดล้อม <input type="checkbox"/> ยาเสพติดที่ใกล้ชิดโรคในการฝัง, ปัญญาอ่อน, โรคประสาท <input type="checkbox"/> ทางการเงินมีปัญหา <input type="checkbox"/> เด็กกำพร้าหรือเด็กที่ถูกทารุณ กรรม <input type="checkbox"/> ไม่มีที่กล่าว

☞ **สิ่งที่ควรตรวจในระยะพัฒนาเติบโต**

ถ้าเด็กเหมาะกับที่กล่าว เลือก [ใช่] , ถ้าไม่เหมือนหรือไม่มีอาการที่กล่าวเลือก [ไม่]

★ 1. สามารถลุกขึ้นจากท่านั่งหรือนอนด้วยตัวเองโดยไม่ต้องจับของ	ใช่	ไม่
2. เดินแบบไม่สั่น (ท่าเดินแปลกเช่นเขย่งเท้า, ข้ายขาไม่เท่ากัน, หดไม่เดิน, เลี้ยวไม่เป็น, สองขากว้างกว่าไหล่, สองแขนวางไม่ตรงข้างตัวหรือล้มบ่อยๆ)	ใช่	ไม่
★ 3. ด้วยการช่วยเหลือเล็กน้อยสามารถก้มลงหรือโค้งหยิบของบนพื้นแล้วกลับยืนตรง	ใช่	ไม่
4. สามารถจับปากกาวาดเล่นเอง (ผู้ใหญ่สามารถสาธิตให้เด็กทำตาม)	ใช่	ไม่
5. สามารถใช้มือจับของกินเล็กน้อย เช่น ลูกเกด, ขนมหึงใส่เข้าปาก, เข็มกลดฟิล์ม	ใช่	ไม่
★ 6. สามารถแสดงสิ่งที่จับของ (ใช้คำพูด, ทำท่าหรือสายตา, เช่นพยักหน้าส่ายหัวบอกถึงเอาไม่เอา, ฝ่ามือชี้หมายความว่าเอา, ใช้นิ้วชี้ของที่ต้องการหรือที่ทิ้งไป) รู้อะไรจับของผู้ใหญ่หรือดึงเสื้อ และ ไม่เคยใช้นิ้ว 'ชี้' ถือว่าไม่ผ่าน	ใช่	ไม่
★ 7. เข้าใจครึ่งหนึ่งของคำใช้ประจำวัน (เช่น : เอาxxมา, มาที่นี่, เอาให้พ่อ, ทิ้งxx, นั่งลง, แม่อุ้ม...อื่นๆ ต้องเข้าใจในกรณีที่ไม่มีการทำตาม)	ใช่	ไม่
8. จ้าที่เก็บของใช้ประจำได้ (เช่นของเล่นไว้ที่ไหน, รองเท้าเก็บที่ไหน) สามารถหาของที่ต้องการออกมาได้	ใช่	ไม่
9. สามารถมองที่ตาของผู้ใหญ่ที่ดูแล, เวลาผู้ใหญ่พูด, หัวเราะ, ของเล่นก็จะทำให้เขาหัวเราะได้	ใช่	ไม่
10. จะแบ่งความดีใจคนอื่น: เช่นหันหัวยิ้มกับผู้ใหญ่ หรือ แสดงของที่ชอบหรือภูมิใจให้ผู้ใหญ่ดู	ใช่	ไม่
★ 11. ไม่สามารถออกเสียงเอง หรือออกเสียงได้แค่ฮือฮา, หรือออกเสียงผสม (เช่น ปา, ตี, กุ) น้อยกว่าเสียง	ใช่	ไม่
★ 12. มีการกระทำที่ซ้ำตลอด, เช่นมองที่มือ, เล่นมือ, หมุนกับที่และอื่นๆ	ใช่	ไม่
★ 13. ปกติจะเล่นเอง, เวลาผู้ใหญ่เช่นเรียกชื่อซ้ำ (หรือชื่อเล่น) ไม่สนใจ, ไม่ยกศีรษะ, หันหัวหรือกลับไปหาผู้ใหญ่	ใช่	ไม่

มีคำตอบสองข้อใดที่เลือกในช่องที่มีสี หรือมีคำตอบข้อใดที่มี★แล้วเลือกในช่องที่มีสี หรือผู้ตอบคำถามคิดว่าเด็กมีการกระทำผิดปกติ กรุณาไปร.พ. ที่ระบุหลังแบบฟอร์มนี้เพื่อการตรวจ ใช่ (พิจารณา _____ ระดับ _____) ไม่ กำลังขอข้อมูล
 มีไม่มีคำตอบสองข้อใดที่เลือกในช่องที่มีสี และมีคำตอบข้อใดที่มี★แล้วเลือกในช่องที่มีสี หมายความว่าผ่านการตรวจ, แต่ยังคงทำการตรวจอื่นๆในระยะเวลาการเติบโตของเด็ก
 แผนกสุขภาพอนามัยกรุงเทพเปิดและดูแล จ.บ. ๒ ๕. ค. ๒5550
 กรุณาอ้างอิงตามเส้นนี้

ใบรายงานการตรวจเด็ก

ชื่อเด็ก : _____ แผนกตรวจ : _____ วันที่ : _____
 ผู้ปกครองที่เคารพ : การตรวจสุขภาพของเด็กของคุณ :
 การเจริญเติบโตปัจจุบันปกติตามอายุ, กรุณาพาเด็กไปวัดขึ้นตามเวลาและตรวจเช็คร่างกาย
 การตรวจของเด็กรู้อยู่ _____ เดือน/ปีข้อที่ _____, ต้องการเฝ้าดู
 การตรวจของเด็กรู้อยู่ _____ เดือน/ปีข้อที่ _____, ต้องการตรวจเช็ค, กรุณาพาเด็กของคุณไปที่ร.พ. ประเมินผลทำการตรวจเช็คอีก, ถ้าต้องการรักษาหรือช่วยเหลือ, แพทย์จะแจ้งเด็กของคุณไปที่ "ศูนย์รับเรื่องเด็กเจริญเติบโตเข้ากรุงเทพ" แล้วจะให้ข้อมูลแก่คุณ
 *ตรวจสอบการเจริญเติบโตของเด็กก่อนวัยเรียนออนไลน์-
 ศูนย์รับแจ้งเรื่องเด็กเจริญเติบโตล่าช้าองค์กรสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย (<http://www.eirrc.taipei.gov.tw>)
 *เขตควานไห่ลดแบบฟอร์มตรวจเช็คการพัฒนาเจริญเติบโตของเด็กและองค์กรที่ให้การวิเคราะห์และรักษาส่งหน้ากรุงเทพ-
 กรมอนามัยรัฐบาลกรุงเทพ (<http://www.health.gov.tw>) >> ข้อมูลบริหารทางการแพทย์) เว็บไซต์บริการรักษาเด็กที่มีอาการพัฒนาเจริญเติบโตล่าช้า
 หากคุณมีปัญหาใดที่เกี่ยวข้อง กรุณาติดต่อสอบถามได้ที่เบอร์โทรศัพท์ (ดูด้านหลังของแบบฟอร์มนี้)