ใบตรวจเช็คการพัฒนาเติบโตของเด็กก่อนเข้าโรงเรียนกรุงไทเป

0.6

6เดือน (5เดือน16วัน - 8เดือน15วัน)

แผนกตรวจ :_____ โทรศัพท์ :_____
ชื่อผู้ลงข้อมูล : _____ หน้าที่ : □เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์□ครู□นักสังคมสงเคราะห์□ผู้ปกครอง□อื่นๆ _____
สัญชาติเดิม : บิดา :□ไต้หวัน□จีนแดง□ประเทศไทย□อินโดนิเซีย□เวียดนาม□กัมพูชา□พม่า□อื่นๆ : กรุณาระบุ: _____
มารดา: □ไต้หวัน□จีนแดง□ประเทศไทย□อินโดนิเซีย□เวียดนาม□กัมพูชา□พม่า□อื่นๆ : กรุณาระบุ: _____

☞ ข้อมูลเด็ก

ชื่อเด็ก :_____เพศ : □ชาย□หญิง วันตรวจ : ปี_____เดือน_____วัน_____
เลขบัตรประชาชน : □□□□□□□□□□ วันเกิด : ปี_____เดือน_____วัน_____(เด็กเกิดก่อนกำหนด)
วันคลอด : ปี_____เดือน_____วัน
ที่อยู่เกิด : กรุงไทเป ตำบล _____ เขต _____ หมู่ _____ อายุเต็ม : ปี _____เดือน_____วัน_____(กรุณากรอกข้อมูลนี้)
ที่อยู่ติดต่อ :_____ โทรศัพท์ : (กลางวัน) _____(กลางคืน)_____

☞ เหตุที่ล่าช้าในการพัฒนาเติบโต

1.①□เกิดก่อนกำหนด (ตั้งครรภ์ไม่ถึง36สัปดาห์) ②□น้ำหนักไม่ถึง2500กรัมตอนเกิด ③□ไม่มีที่กล่าว

2.ผิดปกติแต่กำหนด : ①□โครโมโซมผิดปกติ (เช่นปัญญาอ่อน, โรคเทอร์เนอร์ซินโดรม เป็นต้น) ②□ผิดปกติบริเวณศีรษะ (เช่นริมฝีปากแตก, หูผิดปกติ) ③□โรคเมตาบอลิซึมผิดปกติที่มีมาแต่กำเนิด (เช่นฟีนิลคีโตนูเรีย, ต่อมไทรอยด์) ④□กระดูกสันหลังแตก ⑤□กระดูกประสานเร็ว ⑥□โรคหัวใจแต่เกิด ⑦□ขาแขนผิดปกติ ⑧□อื่นๆ_____ ⑨□ไม่มีที่กล่าว

3.ปัญหาก่อน,ระหว่าง และหลังคลอด :①□ได้หัดเยอรมันตอนตั้งครรภ์3เดือนแรก ②□แรกตั้งครรภ์มีอาการเลือดออก, โรคเบาหวาน, เลือดพิษ, โรคซิฟิลิส, สูบบุหรี่, ดื่มเหล้า ③□ทารกหัวใจเสียงต่ำ, หายใจ อุจจาระเข้า, หายใจเร็ว, หายใจไม่ได้ต้องการช่วยฉุกเฉิน, อยู่กล้องอุ่น___วัน ④□คะแนนต่ำ : 5นาที＜7 (หรือน้อยกว่า**เท่ากับ** 6) ; กรุณาดูบันทึกการเกิดในคู่มือแม่และเด็ก ⑤□เป็นตะคริวหลังเกิด, ไม่มีการหายใจ, อาเจียน, อุณหภูมิตต่ำ, ให้นมไม่ดี ⑥□โรคดีซ่านต้องการเปลี่ยนเลือด ⑦□อื่นๆ _____ ⑧□ไม่มีที่กล่าว

4.โรคสมองหรือบาดเจ็บ:①□สมองมีน้ำ ②□เลือดออกหรือขาดอากาศ ③□สมองติดเชื้อ ④□โรคลมบ้าหมู ⑤□ก้อนเนื้อในสมอง ⑥□อื่นๆ_____ ⑦□ไม่มีที่กล่าว

5. ประวัติครอบครัวปัจจัยสิ่งแวดล้อม ①□ญาติที่ใกล้มีโรคในการฟัง, ปัญญาอ่อน, โรคประสาท ②□ทางการเงินมีปัญหา ③□เด็กกำพร้าหรือเด็กที่ถูกทารุณ กรรม ④□ไม่มีที่กล่าว

☞ สิ่งที่ควรตรวจในระยะพัฒนาเติบโต

ถ้าเด็กเหมาะกับที่กล่าว เลือก「ใช่」, ถ้าไม่เหมือนหรือไม่มีอาการที่กล่าวเลือก「ไม่」
ข้อควรจำ(ครบ 7 เดือนผ่าน 90%) ถ้า 6 เดือนไม่ผ่าน รอให้ครบ 7 เดือนตรวจใหม่

1.(หงาย) ตอนเปลี่ยนผ้าอ้อมรู้สึกสองขามีแรงต่อต้านผิดปกติ ยากที่จะแยกออก, งอ	ใช่	ไม่
★ 2.(หงาย) ศีรษะเอียงข้างผิดปกติ, ไม่สามารถอยู่ตรงหรือหมุนอิสระได้	ใช่	ไม่
3.(โค้ง) สามารถใช้แขนดันตัวแล้วยกตัวขึ้นออกจากผื้น, ศีรษะสามารถหมุนได้อย่างตามใจ (ถ้ายากที่จะยกศีรษะขึ้นแล้วศีรษะตกลง, ศีรษะหงายไปทางหลัง, ไม่สามารถที่จะหมุนอย่างตามใจได้)	ใช่	ไม่
4.(นั่ง) สามารถใช้มือดันนั่งด้วยตัวเอง 5 วินาที และศีรษะไม่ตก ตามองที่ข้างหน้า (ครบ 7 เดือนผ่าน90%)	ใช่	ไม่
5.(ยืน) ผู้ใหญ่ใช้มือช่วยเบาๆที่แขนก็สามารถยืนตรงได้ (ไม่ยกก้น) ขายังสามารถขยับได้ เช่นเหยียบเท้า, เดินกับที่, ยกขา (ครบ7เดือนผ่าน90%)	ใช่	ไม่
6.สามารถยื้นแขนโดนของเล่นที่อยู่หน้า 15 เซนติเมตร (ทั้งมือซ้ายและขวาต้องโดนถึงนับ)	ใช่	ไม่
7.สามารถจับของเล่นในมือแล้วเขย่าเบาๆได้ (ตามรูปที่แสดง:นิ้วหัวแม่มือสามารถยื้นออกจากฝ่ามือและจับของพร้อมนิ้วอื่นๆ, สามารถทำได้ทั้งสองมือ)	ใช่	ไม่
★ 8.สองมือสามารถจับของพร้อมกับได้อย่างน้อย 3 วินาที (เช่น ของเล่น, อิฐไม้, อาหาร)	ใช่	ไม่
9.สามารถเปลี่ยนของเล่นหรือของจากมือหนึ่งไปอีกมือหนึ่ง (ใช้ดึงไม่นับว่าผ่าน) (ครบ 7 เดือนผ่าน90%)	ใช่	ไม่
★ 10.จะหมุนศีรษะหาเสียงระฆังระยะ 20 เซนติเมตร (สามารถทำได้ทั้งข้างซ้ายและขวา)	ใช่	ไม่
11.แม้เล่นกับเขา ก็ไม่น้อยที่จะมีเสียง	ใช่	ไม่
12.สามารถมองที่ตาของผู้ใหญ่ที่ดูแล, เวลาผู้ใหญ่พูด, หัวเราะ, ของเล่นก็จะทำให้เขาหัวเราะได้	ใช่	ไม่

มีคำตอบสองข้อไดที่เลือกในช่องที่มีสี หรือมีคำตอบข้อไดที่มี★แล้วเลือกในช่องที่มีสี หรือผู้ตอบคำถามคิดว่าเด็กมีการกระทำผิดปกติ กรุณาไปร.พ.ที่ระบุหลังแบบฟอร์มนี้เพื่อการตรวจ □ใช่（พิการด้าน____ระดับ_____） □ไม่ □กำลังขออยู่
มีไม่มีคำตอบสองข้อไดที่เลือกในช่องที่มีสี และไม่มีคำตอบข้อไดที่มี★แล้วเลือกในช่องที่มีสี หมายความว่าผ่านการตรวจ, แต่ยังต้องทำการตรวจอื่นๆในระยะเวลาการเติบโตของเด็ก

แผนกสุขภาพอนามัยกรุงไทเปดูแลคุณ ฉบับที่๒ ธ.ค. ปี2550

กรุณาฉีกตามเส้นนี้

ใบรายงานการตรวจเด็ก

ชื่อเด็ก :_____ แผนกตรวจ :_____วันที่ :_____
ผู้ปกครองที่เคารพ : การตรวจสุขภาพของเด็กของคุณ :
□การเจริญเติบโตปัจจุบันปกติตามอายุ, กรุณาพาเด็กไปวัคซีนตามเวลาและตรวจเช็คร่างกาย
□การตรวจของเด็กคุณในอายุ _____เดือน/ปีข้อที่ _____, ต้องการเฝ้าดู
□การตรวจของเด็กคุณในอายุ _____เดือน/ปีข้อที่ _____, ต้องการตรวจเช็ค, กรุณาพาเด็กของคุณไปที่ร.พ.ประเมินผลทำการตรวจเช็คอีก, ถ้าต้องการรักษาหรือช่วยเหลือ, แพทย์จะแจ้งเด็กของคุณไปที่"ศูนย์รับเรื่องเด็กเจริญเติบโตช้ากรุงไทเป" แล้วจะให้ข้อมูลแก่คุณ

∗ตรวจสอบการเจริญเติบโตของเด็กก่อนวัยเรียนออนไลน์-
ศูนย์รับแจ้งเรื่องเด็กเจริญเติบโตล่าช้าองค์กรสังคมสงเคราะห์เมืองไทเป（http://www.eirrc.taipei.gov.tw）
∗เขตดาวน์โหลดแบบฟอร์มตรวจเช็คการพัฒนาเจริญเติบโตของเด็กและองค์กรที่ให้การวิเคราะห์และรักษาล่วงหน้ากรุงไทเป-
กรมอนามัยรัฐบาลกรุงไทเป（http://www.health.gov.tw）》ข้อมูลบริหารทางการแพทย์》เว็บไซต์บริการรักษาเด็กที่มีอาการพัฒนาเจริญเติบโตล่าช้า
หากคุณมีปัญหาใดที่เกี่ยวข้อง กรุณาติดต่อสอบถามได้ที่เบอร์โทรศัพท์ （ดูด้านหลังของแบบฟอร์มนี้）