

[4] **부분 변역**

แบบสอบถามเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพสำหรับทารก (สำหรับ 4–6 เดือน)

ชื่อผู้รับชื่อผู้รับบริการบริการ		หมายเลขประจำตัวประชาชน		หมายเลขติดต่อผู้ปกครอง	
ชื่อผู้ปกครอง		ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ		อีเมล	

วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบสุขภาพสำหรับทารกคือการตรวจการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เป็นปกติมากกว่าการตรวจหาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ คุณเข้าใจวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบสุขภาพแล้วใช่หรือไม่?

ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐

1. วันเดือนปีเกิดของบุตร: _____ ปี _____ เดือน _____ วัน	2. น้ำหนักแรกเกิด: █ █ กก (บิลด์เศษให้เป็นทศนิยมหนึ่งตำแหน่ง)
3. ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือไม่ ① ใช่ (๔๙ วันครบกำหนดคลอด? _____ ปี _____ เดือน _____ วัน) ② ไม่ใช่	
4. ให้ทำเครื่องหมายระบุวัคซีนที่เคยได้รับ (โปรดระบุตามถัในช่องที่สอดคล้อง)	
	บิชีจี โรคตับอักเสบ B ดีพีที โรคโปลิโอ เชื้อนิวโมคอคคัส ฮีโมฟิลุส B
จำนวนที่เสร็จสิ้นแล้ว	



การมองเห็น

ใช่ ① ไม่ใช่ ②

1	ทารกของท่านสามารถสบตาได้ดี?	① ②
2	ตำแหน่งรูม่านตาของทารกดูผิดปกติหรือไม่ (ตาทั้งสองข้างมีอาการเข้เข้าหากันหรือเขออกจากกันในขณะที่ไม่ได้เพ่งมองหรือไม่)	① ②
3	รูม่านตาของทารกมีลักษณะขุ่นหรือไม่?	① ②
4	มีสมาชิกในครอบครัวของท่านเป็นโรคพันธุกรรมทางตาหรือไม่	① ②



การศึกษเพื่อป้องกันโรคการตายเฉียบพลันในทารก

ใช่ ① ไม่ใช่ ②

1	ท่านให้เด็กทารกนอนคว่ำหรือไม่	① ②
2	เตียงหรือฟูกของทารกอ่อนนุ่มหรือไม่	① ②
3	พ่อแม่นอนบนเตียง (หรือฟูก) เดียวกันกับทารกหรือไม่	① ②
4	ท่านช่วยให้ทารกเล่นเมื่อทารกนอนคว่ำและชันศีรษะขึ้นตอนที่ตื่นอยู่หรือไม่	① ②
5	มีบุคคลใดในครอบครัวหรือผู้ที่สัมผัสกับทารกบ่อยๆ สูบบุหรี่หรือไม่	① ②
6	มีบุคคลใดที่สูบบุหรี่ในบ้าน (หรือที่ระเบียง) ไหม	① ②
7	มีบุคคลใดสูบบุหรี่ในรถที่ทารกนั่งอยู่หรือไม่	① ②



การได้ยิน

ใช่ ① ไม่ใช่ ②

1	ทารกแสดงอาการตอบสนองต่อเสียงดังเช่นการตื่น สะดุ้ง เปลี่ยนความรู้สึกทางสีหน้า หรือไม่	① ②
2	ทารกดูเหมือนจะสงบลงหรือหยุดการเคลื่อนไหวเมื่อได้ฟังเสียงที่คุ้นเคยไหม	① ②
3	ทารกสามารถทำได้อาการหลายเสียงเช่น เสียงร้องจี๊ดๆ ของหนู เสียงคำราม เสียงกรีดร้อง ฯลฯ หรือไม่	① ②
4	ทารกเคยได้รับการกิบาลในห้องอภิบาลเด็กแรกเกิด (NICU) เกินกว่า 5 ชั้นไปหรือไม่	① ②
5	ทารกเคยได้รับการทดสอบเพื่อคัดกรองด้านการได้ยินในช่วงแรกเกิดหรือไม่	① ②
6	ถ้าคุณตอบว่า “ใช่” ในข้อ 5 ผลการทดสอบคือดี (ผ่านสำหรับทั้งสองข้าง หรือไม่พบสิ่งผิดปกติ) ใช่หรือไม่ ถ้าคุณตอบว่า “ไม่ใช่” ในข้อ 5 ให้ข้ามคำถามข้อนี้	① ②



การศึกษด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

ใช่ ① ไม่ใช่ ②

1	คุณเช็คสายเบาะเด็กทุกครั้งเมื่อขึ้นรถหรือไม่ ① เบาะหน้า ② เบาะหลัง (ถ้าคุณไม่มีเบาะนิรภัยหรือ ③)	① ② ③
2	คุณเช็คสายเบาะเด็กทุกครั้งเมื่อขึ้นรถหรือไม่ ① หน้าทาเบาะหรือไม่ (ถ้าคุณไม่มีเบาะนิรภัยหรือรถยนต์ ③)	① ② ③
3	ท่านเคยปล่อยให้ทารกอยู่ตามลำพังบนเตียงนอนของผู้ใหญ่หรือบนโซฟาแม้เพียงช่วงเวลาสั้นๆ หรือไม่	① ②
4	ท่านเคยปล่อยให้ทารกนั่งอยู่ตามลำพังในอ่างน้ำ อ่างอาบน้ำ หรือในอ่างน้ำ แม้เพียงชั่วครู่หรือไม่	① ②
5	ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มร้อนขณะอุ้มทารกหรือไม่	① ②



การศึกษด้านโภชนาการ

1 สามี/ภรรยา	อาหารหลักที่ใช้เลี้ยงทารกคืออะไร ① นมแม่เพียงอย่างเดียว (๔๙ คำถาม 2–4, 10) ② นมผงเพียงอย่างเดียว (๔๙ คำถาม 5–10) ③ ผสมระหว่างนมแม่และนมผง (๔๙ คำถาม 2–10)			① ② ③
2 นมแม่	คุณจะให้เลี้ยงทารกด้วยนมแม่จนถึงเมื่อใด ① วัย 6–11 เดือน ② วัย 12–23 เดือน ③ วัยมากกว่า 24 เดือน ④ ไม่ทราบ	① ② ③ ④	5 นมผง ทารกดื่มนมผงวันละเท่าไร ① น้อยกว่า 500 mL ② 500–999 มล. ③ มากกว่า 1,000 mL	① ② ③
		6 นมผง คุณใช้น้ำต้มสุกหรือน้ำเย็นในการชงนมผง ① ใช่ ② ไม่ใช่	① ②	
3 นมแม่	คุณมีอุปสรรคใดบ้างที่ทำให้คุณไม่สามารถให้นมลูกได้ ① ปริมาณน้ำนมแม่ ② ความถี่ในการให้นม ③ วิธีการให้นม ④ การให้นมในช่วงกลางคืน ⑤ อื่นๆ ⑥ ไม่มีปัญหาใด	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	7 นมผง ท่านอุ่นนมผงที่ชั่งไว้ล่วงหน้าอย่างไร ① เขย่าอุ่น ② ใช้ไมโครเวฟ ③ อื่นๆ	① ② ③
			8 นมผง เมื่อเรารู้จักคุณเลือกนมผงสำหรับเด็กทารกอย่างไร ① เลือกโดยผู้ปกครอง ② แพทย์แนะนำ	① ②
4 นมแม่	สิ่งใดต่อไปนี้มีมารดาของทารกบริโภค ① เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ② เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ③ บุหรี่ ④ ยาเสพติด ⑤ ไม่เกี่ยวข้อง	① ② ③ ④ ⑤	9 นมผง ท่านทำอะไรกับนมผงที่เหลือ ① เก็บไว้บริโภคภายหลัง ② ทิ้ง	① ②
10 สามี/ภรรยา	คุณวางแผนที่จะให้ทารกหย่านมและเริ่มให้อาหารเสริมสำหรับทารกเมื่อใด ① เริ่มก่อนทารกวัย 4 เดือน ② วัย 4-6 เดือน ③ หลังจาก 6 เดือน ④ ไม่ทราบ			① ② ③ ④

※ หากคุณได้รับการตรวจสอบสุขภาพเกินจำนวนที่กำหนดไว้ล่วงหน้า คุณจะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเพิ่มเติมที่ไม่ยุติธรรม