

แบบสอบถามสำหรับการตรวจสอบสุขภาพทารก (สำหรับ 9-12 เดือน)

ชื่อผู้รับชื่อผู้รับบริการบริการ		หมายเลขประจำตัวประชาชน		หมายเลขติดต่อผู้ปกครอง	
ชื่อผู้ปกครอง		ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ		อีเมล	

วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบสุขภาพสำหรับทารกคือการตรวจการเจริญเติบโตและการพัฒนาที่เป็นปกติมากกว่าการตรวจหาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ คุณเข้าใจวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบสุขภาพแล้วใช่หรือไม่?

ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐

1. วันเดือนปีเกิดของบุตร: _____ ปี _____ เดือน _____ วัน	2. น้ำหนักแรกเกิด: ■ ■ กก. (ปัดเศษให้เป็นทศนิยมหนึ่งตำแหน่ง)														
3. ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือไม่ ① ใช่ (=วันครบกำหนดคลอด? _____ ปี _____ เดือน _____ วัน) ② ไม่ใช่															
4. ให้ทำเครื่องหมายระบุวัคซีนที่เคยได้รับ (โปรดระบุความถี่ในช่องที่สอดคล้อง)															
	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>บีซีจี</th> <th>โรคตับอักเสบบี</th> <th>ดีพีที</th> <th>โรคโปลิโอ</th> <th>เชื้อนิวโมคอคคัส</th> <th>ฮีโมฟิลุส บี</th> </tr> <tr> <td>จำนวนที่เสร็จสิ้นแล้ว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		บีซีจี	โรคตับอักเสบบี	ดีพีที	โรคโปลิโอ	เชื้อนิวโมคอคคัส	ฮีโมฟิลุส บี	จำนวนที่เสร็จสิ้นแล้ว						
	บีซีจี	โรคตับอักเสบบี	ดีพีที	โรคโปลิโอ	เชื้อนิวโมคอคคัส	ฮีโมฟิลุส บี									
จำนวนที่เสร็จสิ้นแล้ว															
5. ทารกของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาพัฒนาการหรือกำลังรับการรักษาอยู่ในขณะนี้หรือไม่															
① ใช่ ② ไม่ใช่ ถ้า “ใช่” ให้ระบุการวินิจฉัยเฉพาะ _____															



การมองเห็น

ใช่ ①

ไม่ใช่ ②

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



การศึกษาด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

ใช่ ①

ไม่ใช่ ②

1	ทารกเล่นวัตถุเล็กๆ เช่น เม็ดถั่ว องุ่น หรือ กระดุมหรือไม่	① ②
2	คุณเคยให้ทารกนั่งรถหัดเดิน หรือไม่	① ②
3	คุณเคยวางเครื่องดื่มร้อนหรืออาหารไว้บนขอบโต๊ะหรือไม่	① ②
4	ท่านเคยปล่อยให้ทารกนั่งอยู่ตามลำพังในอ่างน้ำ อ่างอาบน้ำ หรือในห้องน้ำ แม้เพียงชั่วครู่หรือไม่	① ②
5	คุณติดตั้งเบาะนิรภัยให้ห็นหน้าเข้าเบาะหรือไม่ (ถ้าคุณไม่มีเบาะนิรภัยหรือ..... ③)	① ② ③



การได้ยิน

ใช่ ①

ไม่ใช่ ②

1	ทารกมีการตอบสนองต่อเสียงเรียกชื่อ เสียงโทรศัพท์ เสียงคน ฯลฯ	① ②
2	เมื่อทารกอยู่ตามลำพัง ทารกทำเสียงร้องอ้อแอ้หรือไม่	① ②
3	ทารกหันไปทิศทางของเสียงที่ได้ยินหรือไม่	① ②
4	ทารกมีสมาธิตั้งใจฟังท่านหรือไม่เวลาท่านพูดด้วย	① ②
5	ทารกส่งเสียงคล้ายๆเสียง b, p, m หรือไม่	① ②



การศึกษาด้านสุขอนามัยในช่องปาก

ใช่ ①

ไม่ใช่ ②

1	ทารกกลับไปพร้อมกับขวดนมในปากหรือขณะกินนมแม่หรือไม่	① ②
2	คุณกำลังฝึกทารกให้หย่านมจากการให้ดื่มนมจากขวดหรือไม่	① ②
3	คุณคิดว่าทารกมีฟันผุหรือไม่	① ②
4	ทารกมีจุดขาวๆที่ฟันบ้างหรือไม่	① ②
5	คุณคิดว่าสุขภาพช่องปากของทารกอยู่ในสภาพดีหรือไม่	① ②
6	คุณแปรงฟันให้ทารกอย่างสม่ำเสมอหรือไม่	① ②



การศึกษาด้านโภชนาการ

1	ทารกได้รับอาหารเสริม (อาหารทารก) กี่ครั้ง ① ครั้งเดียว ② 2 ครั้ง ③ 3 ครั้ง ④ มากกว่า 4 ครั้ง	① ② ③ ④
2	อาหารชนิดใดที่ท่านใช้เลี้ยงทารกเป็นอาหารเสริม (โปรดทำเครื่องหมายที่จำนวนที่สอดคล้อง หากเข้าข่าย) ① ธัญพืช ② ผัก ③ ผลไม้ ④ ไข่ ⑤ ปลา ⑥ เนื้อสัตว์	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
3	คุณให้อาหารอะไรแก่ทารกในขณะนี้ (โปรดทำเครื่องหมายที่จำนวนที่สอดคล้อง หากเข้าข่าย) ① นมแม่ ② นมผงทั่วไป ③ นมผงสูตรพิเศษ ④ นมสด ⑤ ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากนม (เนยแข็ง โยเกิร์ต ฯลฯ)	① ② ③ ④ ⑤
4	คุณเคยเลี้ยงทารกด้วยอาหารดังต่อไปนี้หรือไม่ (โปรดทำเครื่องหมายที่จำนวนที่สอดคล้อง หากเข้าข่าย) ① ผงธัญพืช ② น้ำผึ้ง ③ เกลือหรือน้ำตาล ④ ไม่เกี่ยวข้อง	① ② ③ ④

* หากคุณได้รับการตรวจสอบสุขภาพเกินจำนวนที่กำหนดไว้ล่วงหน้า คุณจะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเพิ่มเติมที่ไม่ยุติธรรม