

แบบสอบถามสำหรับการตรวจสอบสภาพทารก (สำหรับ 30–36 เดือน)

ชื่อผู้รับชื่อผู้รับบริการบริการ		หมายเลขประจำตัวประชาชน		หมายเลขติดต่อผู้ปกครอง	
ชื่อผู้ปกครอง		ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ		อีเมล	

วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบสภาพสำหรับทารกคือการตรวจการเจริญเติบโตและการพัฒนาที่เป็นปกติมากกว่าการตรวจหาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ คุณเข้าใจวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบสภาพแล้วใช่หรือไม่?

ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐

1. วันเดือนปีเกิดของบุตร: ปี      เดือน      วัน

2. น้ำหนักแรกเกิด: ■ ■ กก. (ปัดเศษให้เป็นทศนิยมหนึ่งตำแหน่ง)

3. ให้ทำเครื่องหมายบวกขึ้นที่เคยได้รับ (โปรดระบุความถี่ในช่องที่สอดคล้อง)

	ปี จ	โรคตับอักเส บ B	ดีพี ที	โรคโปลิโอ	เชื้อนิวโมคอคคัส	ฮีโมฟีล ส B	โรคหัด, โรคคางทูม, โรคหัดเยอรมัน	โรคสกุ ส	โรคไข้มองอักเส บ
จำนวนที่เสร็จสิ้นแล้ว									

4. ทารกของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาด้านพัฒนาการหรือกำลังรับการรักษายุ ในขณะนี้หรือไม่      ①ใช่      ② ไม่ใช่

ถ้า “ใช่” ให้ระบุการวินิจฉัยเฉพาะ \_\_\_\_\_

	การมองเห็น	ใช่①	ไม่ใช่②
1	บุตรของท่านมีอุปสรรคในการสบตาหรือรูม่านตามีความผิดปกติ	①	②
2	บุตรของท่านหันศีรษะหรือหันข้างเพื่อที่จะมองวัตถุที่อยู่ข้างหน้า หรือตะแคงศีรษะขณะมองหรือไม่	①	②
3	บุตรของท่านอ่านหนังสือ/ ดูโทรทัศน์/ มองดูสิ่งต่างๆ ในระยะที่ใกล้มากหรือต้องขมวดคิ้วขณะดูหรือไม่	①	②
4	การมองเห็นของตาแต่ละข้างมีความแตกต่างกันหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับ เมื่อปิดตาทีละข้าง	①	②

	การได้ยิน	ใช่①	ไม่ใช่②
1	จำนวนคำศัพท์เด็กสามารถพูดได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือไม่	①	②
2	บุตรของท่านสามารถพูดโดยการเชื่อมโยงประโยคย่อย 2 ประโยคเข้าด้วยกันหรือไม่	①	②
3	บุตรของท่านเปิดโทรทัศน์เสียงดังกว่าคนอื่นๆ	①	②
4	บุตรของท่านสามารถใช้คำศัพท์ที่รวมพยัญชนะเช่น k, r, p, g ฯลฯ ได้หรือไม่	①	②
5	บุตรของท่านสามารถใช้คำศัพท์ที่รวมพยัญชนะเช่น k, r, p, g ฯลฯ ได้หรือไม่	①	②

	การศึกษาด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	ใช่①	ไม่ใช่②
1	บุตรของท่านเล่นบนถนนที่มีรถสัญจรผ่านไปมาหรือไม่	①	②
2	มีอุปกรณ์นิรภัยสำหรับเด็กบริเวณบันได หน้าต่าง และระเบียงบ้านหรือไม่	①	②
3	ท่านเก็บไม้ขีดไฟหรือไฟแช็คให้พ้นมือเด็กหรือไม่	①	②
4	ท่านเคยปล่อยให้เด็กอยู่เพียงลำพังในรถยนต์หรือไม่	①	②
5	คุณเก็บเครื่องไฟฟ้าที่อาจเป็นอันตรายต่อเด็ก เช่น สายไฟ ฯลฯ ให้พ้นมือเด็กๆหรือไม่	①	②
6	ท่านเก็บยา สารเคมี (ผงฟอกขาว ผงซักฟอก ฯลฯ) และของมีคมให้พ้นจากมือเด็กหรือไม่	①	②
7	ท่านให้เด็กนั่งในรถยนต์อย่างไร ① ใช้เบาะนั่งนิรภัย    ② ให้นั่งเบาะเสริม ③ คาดเข็มขัดนิรภัย    ④ นั่งโดยไม่ใช้อุปกรณ์ใดๆ	①	②

	การศึกษาด้านความปลอดภัยออนไลน์	ใช่①	ไม่ใช่②
1	มีโทรทัศน์หรืออินเทอร์เน็ตที่สำหรับใช้งานได้ในห้องนอนของเด็กหรือไม่	①	②
2	ท่านมีกฎในบ้านเกี่ยวกับการใช้โทรทัศน์หรือไม่	①	②
3	ท่านรู้จักชนิดของโปรแกรมหรือวิดีโอเกมส์ที่เด็กใช้บ่อยๆหรือไม่	①	②
4	ท่านมีส่วนร่วมบุตรเมื่อ เขา/เธอใช้สมาร์ตโฟน อินเทอร์เน็ต หรือดูโทรทัศน์ ดูหนัง ดูวิดีโอ หรือไม่	①	②
5	บุตรของท่านใช้สมาร์ตโฟนขณะที่นอนหงายหรือนอนคว่ำหรือไม่	①	②

	การได้ยิน	ใช่①	ไม่ใช่②
--	-----------	------	---------

	การศึกษาด้านโภชนาการ	ใช่①	ไม่ใช่②
1	ความอยากอาหารของเด็กเป็นอย่างไร      ① ดี      ② กลาง      ③ ไม่ดี	①	②
2	บุตรของท่านรับประทานอาหารกี่ครั้ง      ① ครั้งเดียว      ② 2 ครั้ง      ③ 3 ครั้ง      ④ มากกว่า 4 ครั้ง	①	②
3	บุตรของท่านรับประทานอาหารนมขบเคี้ยวกี่ครั้ง      ① ครั้งเดียว      ② 2 ครั้ง      ③ มากกว่า 3 ครั้ง	①	②
4	บุตรของท่านรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวสัปดาห์ละกี่วัน      ① 1-2 วัน      ② 3-4 วัน      ③ มากกว่า 5 วัน	①	②
5	บุตรของท่านดื่มนมสดกี่ครั้ง ① ไม่ดื่มเลย    ② น้อยกว่า 200 มล.    ③ 200-499 มล.    ④ 500-999 มล.    ⑤ มากกว่า 1,000 มล.	①	②
6	บุตรของท่านบริโภคขนมหวานในปริมาณมากหรือไม่ (เช่น ลูกอม ของขบเคี้ยว เค้ก น้ำผลไม้ เครื่องดื่มผสมน้ำตาล ฯลฯ)      ① ใช่      ② ไม่ใช่	①	②
7	ท่านเคยจำกัดอาหารแก่เด็กเพราะกังวลเกี่ยวกับการแพ้อาหารหรือไม่      ① ใช่      ② ไม่ใช่	①	②
8	บุตรของท่านทำกิจกรรมทางกายอย่างกระฉับกระเฉง (การเล่น ออกกำลังกาย ฯลฯ) มากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน      ① ใช่      ② ไม่ใช่	①	②

※ หากคุณได้รับการตรวจสอบภาพเกินจำนวนที่กำหนดไว้ล่วงหน้า คุณจะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเพิ่มเติมที่ไม่ยุติธรรม