

ขั้นตอนการขอรับบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

คลินิกเด็กพัฒนาการเด็ก

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

1. กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน โดยสามารถส่งเอกสารได้ดังนี้

2.1 นำส่งด้วยตัวเองที่ชั้น 2 ห้อง 1213 อาคารปัญญาวัฒนา สถาบันฯ

2.2 ส่งแฟกซ์มาที่เบอร์ 02-441-0167 หรือ **E-mail : nicfdclinic@gmail.com**

2.3 ไปรษณีย์

คลินิกเด็กและวัยรุ่น (ส่ง OPD Card)

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ม.มหิดล

999 พุทธมณฑลสาย 4 ต. ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170

2. รอเจ้าหน้าที่ติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อนัดหมายวัน เวลา ที่มารับบริการ

3. เมื่อได้วันเวลานัดแล้วควรมาให้ตรงกับ วันและเวลาที่นัด ในกรณีที่ไม่สามารถมาได้กรุณาโทรแจ้งกลับ เจ้าหน้าที่เพื่อขอวันนัดใหม่ ไม่เช่นนั้นจะถือว่าท่านสละสิทธิ์ไม่ขอรับบริการแล้ว

4. ติดต่อรับบริการที่ชั้น 2 ห้อง 1213 อาคารปัญญาวัฒนา สถาบันฯ

คำแนะนำเบื้องต้น

การเข้ารับบริการผู้ปกครองควรมาด้วยเด็กด้วยทั้งคุณพ่อและคุณแม่หรือท่านใดท่านหนึ่ง และมาตรงกับวันเวลาที่นัด



แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวผู้มารับบริการคลินิกพัฒนาการเด็ก
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้อมูลเด็ก

คำนำหน้า ด.ช./ด.ญ. ชื่อ-สกุล.....ชื่อเล่น.....
วันเดือนปีเกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....
ประวัติการแพ้ยา.....

ข้อมูลผู้ปกครอง

ชื่อ-สกุล บิดา.....อายุ..... โทรศัพท์.....
ระดับการศึกษาสูงสุด.....อาชีพ.....รายได้.....
ชื่อ-สกุล มารดา.....อายุ..... โทรศัพท์.....
ระดับการศึกษาสูงสุด.....อาชีพ.....รายได้.....
สถานภาพ () สมรส () โสด () หย่า () หม้าย
ลักษณะครอบครัว () ครอบครัวเดี่ยว.....คน () ครอบครัวขยาย.....คน
ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อฉุกเฉิน.....เกี่ยวข้องกับเด็กเป็น..... โทรศัพท์.....
โทรศัพท์แจ้งควินัดได้ที่เบอร์

ผู้บันทึกวันที่.....

การเรียนรู้ฟลอร์ไทม์

- ไม่เคยรู้จักฟลอร์ไทม์
 อ่านหนังสือฟลอร์ไทม์
 เข้าอบรมผู้เริ่มต้นใหม่/เวทีสนทนาฟลอร์ไทม์
 ฟัง DVD การบรรยายฟลอร์ไทม์
 ศึกษาข้อมูลฟลอร์ไทม์จาก website

โปรดระบุบริการที่ท่านต้องการ

- คลินิกในเวลาราชการ คลินิกนอกเวลา
 พบนักบำบัดเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ
 พบแพทย์

สำหรับเจ้าหน้าที่ วันที่ได้รับ OPD cardพบแพทย์ครั้งแรก วันที่.....เวลา.....

นักบำบัด..... ครั้งแรก วันที่.....เวลา

เรียน บิดามารดา หรือผู้ปกครอง

ท่านเป็นผู้รู้จักเด็กดีที่สุด ดังนั้นข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพและพัฒนาการของเด็กที่ท่านให้เราไว้ จะเป็นประโยชน์มากสำหรับการให้ความดูแลช่วยเหลือด้านพัฒนาการของแพทย์และทีมนักวิชาชีพ โปรดตอบคำถามให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

เหตุผลหลักที่ท่านพาเด็กมาปรึกษา

.....

.....

.....

.....

โปรดระบุสิ่งที่ท่านต้องการให้แพทย์และทีมนักวิชาชีพช่วยเหลือ

.....

.....

.....

.....

ประวัติการรักษาในปัจจุบัน

1) บุตรของท่านเคยพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยด้านพัฒนาการที่ใดหรือไม่

- ไม่มี
- กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก ชื่อ.....โรงพยาบาล.....
- จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ชื่อ.....โรงพยาบาล.....

2) ปัจจุบันบุตรของท่านได้รับการฝึกด้านพัฒนาการหรือบำบัดอยู่กับนักวิชาชีพใดบ้าง

- ไม่มี เพราะ
- มี ระบุ
 - 1. นักบำบัดด้าน.....สถานที่.....จำนวน.....ชั่วโมง/สัปดาห์
 - 2. นักบำบัดด้าน.....สถานที่.....จำนวน.....ชั่วโมง/สัปดาห์
 - 3. นักบำบัดด้าน.....สถานที่.....จำนวน.....ชั่วโมง/สัปดาห์
 - 4. นักบำบัดด้าน.....สถานที่.....จำนวน.....ชั่วโมง/สัปดาห์

ทำเครื่องหมาย ✓ ข้างหน้าข้อความที่แสดงถึงลักษณะพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก

สำหรับเด็กทุกอายุ

1. สนใจจดจ่อกับ ไม่เล่นกับคนเล่นแต่ของเล่น เล่นกับคนใกล้ชิดหรือคนเลี้ยงดู
 ไม่สนใจอะไรเลย
2. เด็กผูกพันกับผู้เลี้ยงดูหรือไม่
3. สามารถสื่อบอกความต้องการได้หรือไม่ ไม่ได้ ภาษาท่าทาง คำพูด/ประโยตสั้นๆ
4. เวลาเด็กอยากได้อะไรมากๆ เด็กทำอย่างไร
5. เด็กเล่นสมมุติโดย เล่นเลียนแบบท่าทางหรือใช้คำพูดเลียนแบบ ทำไม่ได้ ได้ เช่น
6. เล่นสมมุติเป็นเรื่องเป็นราวมีรายละเอียดในการเล่น ทำไม่ได้ ได้ เช่น

สำหรับเด็กอายุมากกว่า 18 เดือน

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ยังไม่เดิน | <input type="checkbox"/> ไม่กลัวคนแปลกหน้า |
| <input type="checkbox"/> ตี, ผลัก หรือกัดคนอื่น | <input type="checkbox"/> ยังไม่พูด หรือพูดคำที่มีความหมายไม่ได้ |
| <input type="checkbox"/> ทำตามคำสั่งง่ายๆไม่ได้ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

สำหรับเด็กอายุมากกว่า 30 เดือน

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> เล่นไม่สมวัยหรือเล่นของซ้ำๆ เช่น เรียงของเล่น | <input type="checkbox"/> ไม่กลัวอันตราย |
| <input type="checkbox"/> ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย | <input type="checkbox"/> พูดไม่สื่อสาร |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |

ประวัติการตั้งครรภ์

- 1) ท่านฝากครรภ์ที่ใด
- ท่านไปพบแพทย์สม่ำเสมอตามนัดหรือไม่ สม่ำเสมอ ไม่สม่ำเสมอ
- 2) ท่านมีปัญหาสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ มี ไม่มี
- ถ้ามีปัญหา กรุณาระบุ

ประวัติการคลอด

- 3) บุตรของท่านคลอดที่ใด
- คลอด ก่อนกำหนด สัปดาห์
- ครบกำหนด เลยกำหนด..... สัปดาห์
- ด้วยวิธีใด คลอดวิธีธรรมชาติ ใช้คีมคีบ
- ใช้เครื่องมือดูด ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ถ้าไม่ได้คลอดด้วยวิธีธรรมชาติ กรุณาระบุปัญหา

บุตรของท่านมีปัญหาระหว่างคลอด หรือแรกเกิด (อายุ 0 – 30 วัน) หรือไม่ มี ไม่มี

ถ้ามีปัญหา กรุณาระบุรายละเอียด (ปัญหา / โรค อายุที่เป็น)

.....

.....

- 4) น้ำหนักแรกเกิด กรัม

สุขภาพทั่วไป

- 5) บุตรของท่านพบแพทย์หรือกุมารแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพทั่วไปที่ใด

ชื่อแพทย์ โรงพยาบาล / คลินิก จังหวัด

- 6) ครั้งสุดท้ายที่ท่านพาบุตรไปพบแพทย์ (เดือน / พ.ศ.).....

- 7) ประวัติโรคประจำตัว ไม่มี มี โปรดระบุ(เช่นลมชัก หอบหืด โรค เลือด อื่น ๆ)

.....

.....

- 8) บุตรของท่านเคยประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือไม่ เคย ไม่เคย

ถ้าเคย กรุณาบอกรายละเอียด(อุบัติเหตุ / ส่วนใดของร่างกาย / อายุ)

.....

- 9) บุตรของท่านเคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ เคย ไม่เคย

ถ้าเคยโปรดระบุ (วันเดือนปี / ความเจ็บป่วย / โรงพยาบาล).....

- 10) บุตรของท่านเคยใช้ยาใดเป็นประจำหรือไม่ ใช้ ไม่ใช่

ถ้าใช้ กรุณาระบุชื่อยาและเหตุผล

.....

ประวัติพัฒนาการ

- 11) กรุณาระบุอายุที่บุตรของท่านสามารถทำสิ่งต่อไปนี้ได้
ยืน เอื้อมมือหยิบของ..... นั่งได้เอง..... ยืนได้เอง.....
เดินได้เอง..... ทำตามคำสั่งง่ายๆ..... พูดคำแรกที่มีความหมาย.....
- 12) บุตรของท่านมีปัญหาต่อไปนี้หรือไม่
- a) การกิน มี กรุณาอธิบาย.....
 ไม่มี
- b) การนอน มี กรุณาอธิบาย.....
 ไม่มี
- c) พฤติกรรม มี กรุณาอธิบาย.....
 ไม่มี
- d) การขับถ่าย มี กรุณาอธิบาย.....
(ทั้งอุจจาระ, ปัสสาวะ) ไม่มี
- e) อื่น ๆ กรุณาอธิบาย
-
- 13) ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับการเจริญเติบโต/พัฒนาการของลูกในเรื่องใดบ้าง
- | | มี | ไม่มี | ไม่แน่ใจ |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) น้ำหนัก | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ความยาว/ส่วนสูง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ขนาดศีรษะ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) การมองเห็น | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) การได้ยิน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) การเคลื่อนไหว | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) ภาษา/การพูด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ประวัติอื่นๆ

- 14) ประวัติการเลี้ยงดู (ใครเป็นผู้เลี้ยงดู, ช่วงเวลา)
อายุ 0-1 ปี ผู้เลี้ยงดูคือ.....
อายุ 1-3 ปี ผู้เลี้ยงดูคือ.....
ปัจจุบัน ผู้เลี้ยงดูคือ.....
ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี จบการศึกษา.....
อาชีพ.....เกี่ยวข้องกับเด็กเป็น.....
- 15) บุตรของท่านไปศูนย์รับเลี้ยงเด็กหรือโรงเรียนอนุบาลหรือไม่
 ไม่ไป ไป กรุณาระบุชื่อศูนย์/โรงเรียน.....
- 16) ท่านมีบุตรทั้งหมดกี่คน กรุณาระบุ เพศ, อายุ ของบุตร
a)
b)
c)
d)