

เรียน บิดามารดา หรือผู้ปกครอง

ท่านเป็นผู้รู้จักเด็กดีที่สุด ดังนั้นข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพและพัฒนาการของเด็กที่ท่านให้เราไว้จะเป็นประโยชน์มากสำหรับการให้ความดูแลช่วยเหลือด้านพัฒนาการของแพทย์และทีมนักวิชาชีพ โปรดตอบคำถามให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

เหตุผลหลักที่ท่านพาเด็กมาปรึกษา

.....

.....

.....

.....

โปรดระบุสิ่งที่ท่านต้องการให้แพทย์และทีมนักวิชาชีพช่วยเหลือ

.....

.....

.....

.....

ประวัติการรักษาในปัจจุบัน

1) บุตรของท่านเคยพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยด้านพัฒนาการที่ใดหรือไม่

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

2) ปัจจุบันบุตรของท่านได้รับการฝึกด้านพัฒนาการหรือบำบัดอยู่กับนักวิชาชีพใดบ้าง

- ไม่มี เพราะ
- มี ระบุ

- 1. นักบำบัดด้าน.....สถานที่จำนวน.....ชั่วโมง/สัปดาห์
- 2. นักบำบัดด้าน.....สถานที่จำนวน.....ชั่วโมง/สัปดาห์
- 3. นักบำบัดด้าน.....สถานที่จำนวน.....ชั่วโมง/สัปดาห์
- 4. นักบำบัดด้าน.....สถานที่จำนวน.....ชั่วโมง/สัปดาห์

ทำเครื่องหมาย ✓ ข้างหน้าข้อความที่แสดงถึงลักษณะพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก

สำหรับเด็กทุกอายุ

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

สำหรับเด็กอายุมากกว่า 18 เดือน

- ยังไม่เดิน ไม่กลัวคนแปลกหน้า
- ตี, ผลัก หรือกัดคนอื่น ยังไม่พูด หรือพูดคำที่มีความหมายไม่ได้
- ทำตามคำสั่งง่ายๆไม่ได้ อื่นๆ ระบุ.....

สำหรับเด็กอายุมากกว่า 30 เดือน

- เล่นไม่สมวัยหรือเล่นของซ้ำๆ เช่น เรียงของเล่น ไม่กลัวอันตราย
- ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย พูดไม่สื่อสาร
- 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 ใช้คีมีคิบบ
- ใช้เครื่องมือดูด ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ถ้าไม่ได้คลอดด้วยวิธีธรรมชาติ กรุณาระบุปัญหา

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

ถ้ามีปัญหา กรุณาระบุรายละเอียด (ปัญหา / โรค อายุที่เป็น)

4) น้ำหนักแรกเกิด กรัม

สุขภาพทั่วไป

5) บุตรของท่านพบแพทย์หรือกุมารแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพทั่วไปที่ได้

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) บุตรของท่านเคยเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลหรือไม่ เคย ไม่เคย

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

10) บุตรของท่านเคยใช้ยาใดเป็นประจำหรือไม่ ใช้ ไม่ใช้

ถ้าใช้ กรุณาระบุชื่อยาและเหตุผล

ประวัติพัฒนาการ

- 11) กรณาระบุอายุที่บุตรของท่านสามารถทำสิ่งต่อไปนี้ได้
ยืนเอื้อมมือหยิบของ..... นั่งได้เอง.....ยืนได้เอง.....
เดินได้เอง.....ทำตามคำสั่งง่ายๆ.....พูดคำแรกที่มีความหมาย.....
- 12) บุตรของท่านมีปัญหาต่อไปนี้หรือไม่
- a) การกิน มี กรณารออธิบาย.....
 ไม่มี
- b) การนอน มี กรณารออธิบาย.....
 ไม่มี
- c) พฤติกรรม มี กรณารออธิบาย.....
 ไม่มี
- d) การขยับถ่าย มี กรณารออธิบาย.....
(ทั้งอุจจาระ, ปัสสาวะ) ไม่มี
- e) อื่น ๆกรณารออธิบาย
-
- 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)