

ขั้นตอนการขอรับบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก


คลินิกพฤติกรรมและอารมณ์เด็ก

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

บริการตรวจวินิจฉัยรักษาบำบัด (ช่วงอายุ 7-12 ปี)



- ปัญหาทางพฤติกรรม เช่น หงุดหงิด ก่อวุ่น, ตื้อ ต่อต้าน โมโหก้าวร้าว, ชน สมาธิสั้น หุนหันพลันแล่น
- ปัญหาทางอารมณ์ เช่น ความเครียด วิตกกังวล, อารมณ์แปรปรวน, ซึมเศร้า ย้ำคิดย้ำทำ
- ปัญหาทั่วไปอื่นๆ เช่น เด็กติดเกม ทีวี, การสื่อสารในครอบครัว, ความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือปัญหาพฤติกรรม จิตใจ อื่นๆ


ขั้นตอนการขอรับบริการ

1. ดาวน์โหลดแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวผู้มารับบริการคลินิกพฤติกรรมและอารมณ์เด็กได้ที่เว็บไซต์ หรือ ขอรับเอกสารด้วยตัวเองที่ชั้น ๒ อาคารปัญญาวัฒนา สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ม.มหิดล (ศาลายา)
2. กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน และส่งมาที่งานคลินิกเด็กและวัยรุ่น โดย 3 วิธี
 - 2.1  ทางไปรษณีย์ ส่งมาที่

คลินิกเด็กและวัยรุ่น (ส่ง OPD Card)

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ม.มหิดล

999 พุทธรณทลสาย 4 ต. ศาลายา อ.พุทธรณทล จ.นครปฐม 73170
 - 2.2  แฟกซ์มาที่เบอร์ 02-441-0167
 - 2.3  นำส่งด้วยตนเองที่ชั้น 2 อาคารปัญญาวัฒนา สถาบันฯ
3. รอเจ้าหน้าที่ติดต่อกลับทางโทรศัพท์เพื่อนัดหมายวัน เวลา ที่มารับบริการ
4. เมื่อได้วันนัดแล้ว ควรมาให้ตรงกับวันและเวลาที่นัด ในกรณีที่ไม่สามารถมาได้กรุณาโทรมาแจ้งกับเจ้าหน้าที่เพื่อ ขอวันนัดใหม่ ไม่เช่นนั้นจะถือว่าท่านสละสิทธิ์ไม่ขอรับบริการแล้ว
5. ติดต่อรับบริการได้ที่งานคลินิกเด็กและวัยรุ่นชั้น 2 และก่อนรับบริการกรุณาชำระค่าบริการได้ที่งานคลินิกเด็กและวัยรุ่นชั้น 2 ห้อง 1207 อาคารปัญญาวัฒนา สถาบันฯ

 คลินิกเด็กและวัยรุ่น สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ม.มหิดล 999 ถนนพุทธรณทล 4 ตำบลศาลายา อำเภพุทธรณทล จังหวัดนครปฐม 73170,  0-2441-0602-8 ต่อ 1202 ,แฟกซ์ 0-2441-0167



แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวผู้มารับบริการคลินิกพฤติกรรมและอารมณ์เด็ก
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.....
ระดับการศึกษาสูงสุดอาชีพ..... รายได้.....
ชื่อ-สกุล มารดา.....อายุ..... โทรศัพท์.....
ระดับการศึกษาสูงสุดอาชีพ..... รายได้.....
สถานภาพ สมรส โสด หย่า หม้าย
ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเดี่ยว.....คน ครอบครัวขยาย.....คน
ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อฉุกเฉิน.....เกี่ยวข้องกับเด็กเป็น..... โทรศัพท์.....
โทรศัพท์แจ้งควินัดได้ที่เบอร์

ผู้บันทึกวันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ วันที่ได้รับ OPD cardพบแพทย์ครั้งแรก วันที่.....เวลา.....
นักบำบัด..... ครั้งแรก วันที่.....เวลา

กรณารอกข้อมูลข้อ 1-7 ก่อนเข้าพบแพทย์

ชื่อผู้รับการตรวจ ด.ช./ด.ญ. นาย/นางสาว ชื่อ-สกุล

อายุ..... ปี เดือน โรงเรียน ชั้นเรียน

ชื่อผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น.....

ผู้กรอกข้อมูล คือ

1. สิ่งที่ท่านต้องการปรึกษาและต้องการได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์ (เรียงลำดับตามความสำคัญ)

1.1).....

1.2).....

1.3).....

2. ทบสวนประวัติสำคัญ

a) การรับประทานอาหาร ไม่เปลี่ยนแปลง ลดลง เพิ่มขึ้น

b) น้ำหนัก ไม่เปลี่ยนแปลง ลด.....ก.ก. เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ในระยะเวลา

c) การนอนหลับ ไม่เปลี่ยนแปลง นอนหลับมากขึ้น นอนหลับยากขึ้น

ตื่นกลางดึกบ่อยๆ อื่นๆ

d) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ไม่เปลี่ยนแปลง

ซึมเศร้า.....(ในระยะเวลา

หงุดหงิดมากขึ้น.....(ในระยะเวลา

อื่นๆ(ในระยะเวลา

e) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ไม่เปลี่ยนแปลง

ก้าวร้าวมากขึ้น..... (ในระยะเวลา

ซุกซน อยู่ไม่นิ่งมากขึ้น.....(ในระยะเวลา.....)

ซึมลง(ในระยะเวลา

อื่นๆ(ในระยะเวลา

f) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม/การเรียน ไม่เปลี่ยนแปลง

การเรียนตกลง.....(ในระยะเวลา.....)

แยกตัว, เข้าสังคมน้อยลง.....(ในระยะเวลา.....)

อื่นๆ(ในระยะเวลา

ผลการเรียนครั้งล่าสุด (ระบุ GPA หรือเปอร์เซ็นต์)

- g) พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ไม่มี
 แสดงออกทางวาจา.....
 การกระทำ.....
- h) พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง ไม่มี
 แสดงออกทางวาจา.....
 การกระทำ.....
- i) พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ไม่มี
 แสดงออกทางวาจา.....
 การกระทำ.....
- j) การใช้จ่ายเสพติด ไม่มี มี ระบุ.....
- k) การถูกทำร้ายร่างกาย ไม่มี มี ระบุ.....
- l) การถูกล่วงเกินทางเพศ ไม่มี มี ระบุ.....
- m) การพลัดพราก สูญเสียบุคคล/สิ่งที่รัก ไม่มี มี ระบุ.....
- n) การได้รับกระทบกระเทือนทางจิตใจ ไม่มี มี ระบุ.....

3. ประวัติทางพฤติกรรมในอดีต

3.1 ท่านเคยเข้ารับบริการหรือปรึกษาปัญหาเหล่านี้มาก่อนหรือไม่ ถ้าเคย กรุณาแจ้งเกี่ยวกับสถานที่และระยะเวลาที่ท่านไปตรวจและติดตามการรักษา

- 1) โรงพยาบาล.....ชื่อแพทย์ที่รักษา.....ประมาณอายุ..... ถึงอายุ ปี
- 2) โรงพยาบาล.....ชื่อแพทย์ที่รักษา.....ประมาณอายุ..... ถึงอายุ ปี
- 3) โรงพยาบาล.....ชื่อแพทย์ที่รักษา.....ประมาณอายุ..... ถึงอายุ ปี

3.2 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับการรักษาที่ผ่านมา

.....

3.3 เหตุผลที่เปลี่ยนสถานที่รักษา

4. ประวัติพัฒนาการ (ส่วนข้อ 4 นี้เฉพาะผู้ปกครองตอบเท่านั้น)

- a) ความพร้อม/ความต้องการในการมีบุตร พร้อม ไม่พร้อม
- b) การตั้งครรภ์ ปกติ
- มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ระบุ.....
- มีไข้, สารเสพติด ระบุ.....
- มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ เครียด.....
- ซึมเศร้า.....

- d) การคลอด ครบกำหนด (37-42 สัปดาห์) น้ำหนักแรกเกิด กรัม
 ก่อนกำหนดสัปดาห์ เกินกำหนดสัปดาห์
- e) วิธีการคลอด ปกติ ผ่าตัด สาเหตุ
 ใช้เครื่องช่วย สาเหตุ.....
- f) ระยะแรกเกิด ปกติ มีภาวะแทรกซ้อน
- g) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อ ปกติ ล่าช้า ระบุ
- h) พัฒนาการด้านภาษา ปกติ ล่าช้า ระบุ
- i) พัฒนาการด้านสังคม ปกติ ล่าช้า ระบุ

5. พื้นฐานอารมณ์/อุปนิสัย (ส่วนข้อ 5 นี้เฉพาะผู้ปกครองตอบเท่านั้น)

- a) พื้นฐานของเด็ก เลี้ยงง่าย เลี้ยงยากปานกลาง เลี้ยงยากมาก
 รายละเอียดอื่นๆ
- b) การเลี้ยงดู พ่อแม่เป็นหลัก ญาติเป็นหลัก พี่เลี้ยงเป็นหลัก
 ลักษณะ/รายละเอียดของการเลี้ยงดู
- c) การเรียน ดี (เกรด.....) ปานกลาง (เกรด.....) มีปัญหา ระบุ.....
- d) ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ไม่มีปัญหา มีปัญหา ระบุ
- e) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ (ครู,เพื่อน) ไม่มีปัญหา มีปัญหา ระบุ

6. ประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกาย

- a) โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....
- b) ประวัติการแพ้ยา ไม่มี มี ระบุ.....
- c) ประวัติการชัก ไม่มี มี ระบุ.....
- d) ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะที่รุนแรง ไม่มี มี ระบุ.....
- e) ความพิการ ไม่มี มี ระบุ.....
- f) ยาที่กินอยู่ในปัจจุบัน ไม่มี มี ระบุ.....
- g) ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆที่สำคัญ

7. ประวัติครอบครัว

- a) ปัญหาการเรียน/ปัญญาอ่อน ไม่มี มี ระบุ.....
- b) โรคทางจิตเวช ไม่มี มี ระบุ.....
- c) ปัญหาการติดสุรา/สารเสพติด ไม่มี มี ระบุ.....
- d) ปัญหาทางครอบครัวอื่นๆ