

แบบเยี่ยมบ้านกลุ่มวัยเรียน (6-14 ปี) สำหรับเด็กที่ไม่ได้เข้าเรียน

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล.....
 วัน เดือน ปี เกิด.....
 ระดับชั้น ประถมศึกษาที่..... มัธยมศึกษาที่.....
 โรงเรียน.....
 ใช้น้ำหนัก.....(กก.) ส่วนสูง..... (ซม.)
 ประเมินผู้พิการ ไม่มีบัตร มีบัตร ระบุเลขบัตร.....

ว/ด/ป ที่เยี่ยม							
1. อายุ							
2. ภาวะการเจริญเติบโต							
น้ำหนัก							
ส่วนสูง							
แปรผล							
3. ภาวะโลหิตจาง	<input type="radio"/> ซีด <input type="radio"/> ไม่ซีด	<input type="radio"/> ซีด <input type="radio"/> ไม่ซีด	<input type="radio"/> ซีด <input type="radio"/> ไม่ซีด	<input type="radio"/> ซีด <input type="radio"/> ไม่ซีด	<input type="radio"/> ซีด <input type="radio"/> ไม่ซีด	<input type="radio"/> ซีด <input type="radio"/> ไม่ซีด	<input type="radio"/> ซีด <input type="radio"/> ไม่ซีด
4. สายตา	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ฝ้าระว่าง <input type="radio"/> ผิดปกติ	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ฝ้าระว่าง <input type="radio"/> ผิดปกติ	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ฝ้าระว่าง <input type="radio"/> ผิดปกติ	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ฝ้าระว่าง <input type="radio"/> ผิดปกติ	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ฝ้าระว่าง <input type="radio"/> ผิดปกติ	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ฝ้าระว่าง <input type="radio"/> ผิดปกติ	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ฝ้าระว่าง <input type="radio"/> ผิดปกติ
5. การได้ยิน	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ
6. วัคซีน	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ
7. สุขภาพช่องปาก	<input type="radio"/> ฟันผุ <input type="radio"/> ฟันไม่ผุ <input type="radio"/> แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน <input type="radio"/> ไม่แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน	<input type="radio"/> ฟันผุ <input type="radio"/> ฟันไม่ผุ <input type="radio"/> แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน <input type="radio"/> ไม่แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน	<input type="radio"/> ฟันผุ <input type="radio"/> ฟันไม่ผุ <input type="radio"/> แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน <input type="radio"/> ไม่แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน	<input type="radio"/> ฟันผุ <input type="radio"/> ฟันไม่ผุ <input type="radio"/> แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน <input type="radio"/> ไม่แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน	<input type="radio"/> ฟันผุ <input type="radio"/> ฟันไม่ผุ <input type="radio"/> แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน <input type="radio"/> ไม่แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน	<input type="radio"/> ฟันผุ <input type="radio"/> ฟันไม่ผุ <input type="radio"/> แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน <input type="radio"/> ไม่แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน	<input type="radio"/> ฟันผุ <input type="radio"/> ฟันไม่ผุ <input type="radio"/> แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน <input type="radio"/> ไม่แปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน

ปัญหาที่พบ

การให้คำแนะนำ

.....

ส่งต่อ รพ.สต. รพ.

แผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ-สกุล ผู้เยี่ยม

(.....)

ตำแหน่ง

รพ.สต./PCU/รพ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-สกุล..... ผู้รับการเยี่ยม

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....