

แบบเยี่ยมบ้านเด็กแรกเกิด - ๕ ปี

ข้อมูลเด็ก

ชื่อ-สกุล (เด็กชาย/เด็กหญิง)..... เกิดวันที่..... สถานที่เกิด โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม Apgar score นาทีที่ 1 =คะแนน

ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดตามได้.....

ประเมินผู้พิการ มีบัตร ระบุเลขบัตร..... ไม่มีบัตร

ข้อมูลผู้ปกครอง

ชื่อ-สกุล บิดา..... เบอร์โทรศัพท์..... ชื่อ-สกุล มารดา..... เบอร์โทรศัพท์.....

สถานะทางสมรส สมรส หย่าร้าง แยกกันอยู่ เสียชีวิต

ประเด็นการติดตามเด็ก	เด็กแรกเกิด-1 ปี	เด็ก1-2 ปี	เด็ก2-3 ปี	เด็ก3-4 ปี	เด็ก4 - 5 ปี
วัน เดือน ปี ที่ติดตาม					
อายุในวันที่ติดตาม					
อาหารที่ได้รับ	<input type="checkbox"/> นมแม่อย่างเดียว <input type="checkbox"/> นมแม่+นมผสม <input type="checkbox"/> นมผสม <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> นมแม่อย่างเดียว <input type="checkbox"/> นมแม่+นมผสม <input type="checkbox"/> นมผสม <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> นมแม่+นมผสม <input type="checkbox"/> นมผสม <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> นมผสม <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> นมผสม <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....
ภาวะโภชนาการ	น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. เส้นรอบศีรษะ.....ซม. <input type="checkbox"/> เติบโตสมวัย <input type="checkbox"/> ไม่สมวัย (ระบุ).....	น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. <input type="checkbox"/> เติบโตสมวัย <input type="checkbox"/> ไม่สมวัย (ระบุ).....	น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. <input type="checkbox"/> เติบโตสมวัย <input type="checkbox"/> ไม่สมวัย (ระบุ).....	น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. <input type="checkbox"/> เติบโตสมวัย <input type="checkbox"/> ไม่สมวัย (ระบุ).....	น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. <input type="checkbox"/> เติบโตสมวัย <input type="checkbox"/> ไม่สมวัย (ระบุ).....
การได้รับวัคซีน	<input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ	<input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ	<input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ	<input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ	<input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ
การส่งเสริมพัฒนาการจากผู้เลี้ยงดูตามคู่มือ DSPM,DAIM	<input type="checkbox"/> ได้รับแล้วปฏิบัติตาม <input type="checkbox"/> ได้รับแล้วไม่ปฏิบัติตาม <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับแล้วปฏิบัติตาม <input type="checkbox"/> ได้รับแล้วไม่ปฏิบัติตาม <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับแล้วปฏิบัติตาม <input type="checkbox"/> ได้รับแล้วไม่ปฏิบัติตาม <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับแล้วปฏิบัติตาม <input type="checkbox"/> ได้รับแล้วไม่ปฏิบัติตาม <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับแล้วปฏิบัติตาม <input type="checkbox"/> ได้รับแล้วไม่ปฏิบัติตาม <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
ผลการประเมินพัฒนาการ	<input type="checkbox"/> สมวัย <input type="checkbox"/> ไม่สมวัย ส่งต่อ.....	<input type="checkbox"/> สมวัย <input type="checkbox"/> ไม่สมวัย ส่งต่อ.....	<input type="checkbox"/> สมวัย <input type="checkbox"/> ไม่สมวัย ส่งต่อ.....	<input type="checkbox"/> สมวัย <input type="checkbox"/> ไม่สมวัย ส่งต่อ.....	<input type="checkbox"/> สมวัย <input type="checkbox"/> ไม่สมวัย ส่งต่อ.....

สุขภาพช่องปาก ฟัน	<input type="checkbox"/> ฟันผุ <input type="checkbox"/> ฟันไม่ผุ <input type="checkbox"/> ทำความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> เคลือบฟลูออไรด์วานิช <input type="checkbox"/> ไม่เคลือบฟลูออไรด์วานิช	<input type="checkbox"/> ฟันผุ <input type="checkbox"/> ฟันไม่ผุ <input type="checkbox"/> ทำความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> เคลือบฟลูออไรด์วานิช <input type="checkbox"/> ไม่เคลือบฟลูออไรด์วานิช	<input type="checkbox"/> ฟันผุ <input type="checkbox"/> ฟันไม่ผุ <input type="checkbox"/> ทำความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> เคลือบฟลูออไรด์วานิช <input type="checkbox"/> ไม่เคลือบฟลูออไรด์วานิช	<input type="checkbox"/> ฟันผุ <input type="checkbox"/> ฟันไม่ผุ <input type="checkbox"/> ทำความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> เคลือบฟลูออไรด์วานิช <input type="checkbox"/> ไม่เคลือบฟลูออไรด์วานิช	<input type="checkbox"/> ฟันผุ <input type="checkbox"/> ฟันไม่ผุ <input type="checkbox"/> ทำความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> เคลือบฟลูออไรด์วานิช <input type="checkbox"/> ไม่เคลือบฟลูออไรด์วานิช
ผู้เลี้ยงดูหลัก	<input type="checkbox"/> บิดา มารดา <input type="checkbox"/> บิดา หรือมารดา <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> บิดา มารดา <input type="checkbox"/> บิดา หรือมารดา <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> บิดา มารดา <input type="checkbox"/> บิดา หรือมารดา <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> บิดา มารดา <input type="checkbox"/> บิดา หรือมารดา <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> บิดา มารดา <input type="checkbox"/> บิดา หรือมารดา <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....
ควรให้การช่วยเหลือเด็กในเรื่องใดบ้าง (ระบุ)					
สรุปการเยี่ยมบ้าน และคำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลเด็ก					
แผนการเยี่ยมครั้งต่อไป					
ลงชื่อผู้เยี่ยม (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) วันเดือนปี.....					
ลงชื่อผู้รับการเยี่ยม (พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก) วันเดือนปี.....					