

SRINAGARIND HOSPITAL FACULTY OF MEDICINE KHONKEAN UNIVERSITY	หอผู้ป่วย.....	Department ofPage.....
	AN.....HN.....	Attend Staff.....resident.....
ASSESSMENT FORM (INFANT AND CHILDHOOD)	ชื่อ.....	Diagnosis.....
	เพศ.....อายุ.....	พยาบาลเจ้าของไข้.....วันที่รับไว้
	รับย้ายจาก.....วัน/เดือน/ปี.....	เวลา.....น. สถานะการเงิน.....

1. ปัจจัยพื้นฐาน

น้ำหนัก.....กรัม/กก. ส่วนสูง.....ซม.

เส้นรอบศีรษะ.....ซม. เส้นรอบอก.....ซม.

ชื่อญาติ/ มารดา/ บิดา.....

สถานที่.....

.....โทรศัพท์.....

1.1 ภาวะสุขภาพ

อาการนำส่ง.....

.....

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....

.....

.....

ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดาและการคลอด

- โรคประจำตัวของมารดาขณะตั้งครรภ์

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

- ประวัติการคลอด อายุครรภ์.....สัปดาห์/.....เดือน

วิธีการคลอด

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

อาการแทรกซ้อนระหว่างคลอด

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ยาที่มารดาได้รับก่อน/ขณะคลอด.....

.....

สถานที่คลอด ☐ โรงพยาบาล/สถานีนอนมัย

☐ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ผู้ทำคลอด.....

อุปกรณ์ที่ใช้ตัดสายสะดือ.....

V/S แรกรับ T.....°C PR...../min

RR...../min BP.....mmHg.

Blood group แม่.....ลูก.....

อาการแรกรับ.....

.....

ผลการดทับ ☐ ไม่มี ☐ มีระดับ.....

.....

การผ่าตัด ครั้งที่

1.วันที่.....

2.วันที่.....

3.วันที่.....

1.2 อาหาร

☐ นมมารดาระยะเวลาที่ได้รับ.....

☐ นมผงระยะเวลาที่ได้รับ.....

☐ อาหารเสริมระยะเวลาที่ได้รับ.....

ชนิดอาหารเสริม.....

☐ อื่น ๆ.....

1.3 ภูมิคุ้มกัน

BCG.....ครั้ง เมื่ออายุ.....

DPT.....ครั้ง เมื่ออายุ.....

OPV.....ครั้ง เมื่ออายุ.....

HB VAC.....ครั้ง เมื่ออายุ.....

อื่น ๆ.....ครั้ง เมื่ออายุ.....

1.4 สัมพันธภาพในครอบครัว

พ่อ แม่ ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ แยกกันอยู่

ผู้เลี้ยงเด็ก.....

2. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

2.1 ระดับความรู้สึกรู้ตัว

☐ รู้สึกรู้ตัวดี ☐ สับสน

☐ ชึม ☐ ไม่รู้สึกรู้ตัว

2.2 การรับรู้ของประสาทสัมผัส

การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ.....

การสัมผัส ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ.....

การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ.....

[illegible]