

ขั้นตอนการขอรับบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

คลินิกเด็กพัฒนาการเด็ก

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

1. รับเอกสารประวัติเด็ก (OPD Card) ด้วยตัวเองที่ชั้น 2 ห้อง 1207 อาคารปัญญาวัฒนา สถาบันฯ
หรือ Download จากเว็บไซต์ <http://www.nicfd.cf.mahidol.ac.th>

2. กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนแล้วนำเอกสารส่งคลินิกพัฒนาการเด็ก 3 วิธี

2.1 นำส่งด้วยตัวเองที่ชั้น 2 ห้อง 1207 อาคารปัญญาวัฒนา สถาบันฯ

2.2 ส่งแฟกซ์มาที่เบอร์ 02-441-0167

2.3 ไปรษณีย์

คลินิกเด็กและวัยรุ่น (ส่ง OPD Card)

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ม.มหิดล

999 พุทรมณฑลสาย 4 ต. ศาลายา อ.พุทรมณฑล จ.นครปฐม 73170

3. รอเจ้าหน้าที่ติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อนัดหมายวัน เวลา ที่มารับบริการ

4. เมื่อได้วันเวลานัดแล้วควรมาให้ตรงกับ วันและเวลาที่นัด ในกรณีที่ไม่สามารถมาได้กรุณาโทรแจ้ง
กลับ เจ้าหน้าที่เพื่อขอวันนัดใหม่ ไม่เช่นนั้นจะถือว่าท่านสละสิทธิ์ไม่ขอรับบริการแล้ว

5. ติดต่อรับบริการที่ชั้น 2 ห้อง 1207 อาคารปัญญาวัฒนา สถาบันฯ

คำแนะนำเบื้องต้น

การเข้ารับบริการผู้ปกครองควรมากับเด็กด้วยทั้งคุณพ่อและคุณแม่หรือท่านใดท่านหนึ่ง และมาตรงกันวันเวลาที่นัด

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



แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวผู้มารับบริการคลินิกพัฒนาการเด็ก
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.....
ระดับการศึกษาสูงสุด.....อาชีพ.....รายได้.....
ชื่อ-สกุล มารดา.....อายุ.....โทรศัพท์.....
ระดับการศึกษาสูงสุด.....อาชีพ.....รายได้.....
สถานภาพ () สมรส () โสด () หย่า () หม้าย
ลักษณะครอบครัว () ครอบครัวเดี่ยว.....คน () ครอบครัวขยาย.....คน
ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อฉุกเฉิน.....เกี่ยวข้องกับเด็กเป็น.....โทรศัพท์.....
โทรศัพท์แจ้งคิวนัดได้ที่เบอร์.....

ผู้บันทึก.....วันที่.....

การเรียนรู้ฟลอร์ไทม์

- ไม่เคยรู้จักฟลอร์ไทม์
 อ่านหนังสือฟลอร์ไทม์
 เข้าอบรมผู้เริ่มต้นใหม่/เวทีสนทนาฟลอร์ไทม์
 ฟัง DVD การบรรยายฟลอร์ไทม์
 ศึกษาข้อมูลฟลอร์ไทม์จาก website

โปรดระบุบริการที่ท่านต้องการ

- คลินิกในเวลาราชการ คลินิกนอกเวลา
 พบนักบำบัดเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ
 พบแพทย์

สำหรับเจ้าหน้าที่ วันที่ได้รับ OPD card.....พบแพทย์ครั้งแรก วันที่.....เวลา.....

นักบำบัด..... ครั้งแรก วันที่.....เวลา.....

ประวัติเด็ก (สำหรับบิดา - มารดา)

เรียน บิดามารดา หรือผู้ปกครอง

ท่านเป็นผู้รู้จักเด็กดีที่สุด ดังนั้นข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพและพัฒนาการของเด็กที่ท่านให้เราไว้ จะเป็นประโยชน์มากสำหรับการให้ความดูแลช่วยเหลือด้านพัฒนาการของแพทย์และทีมนักวิชาชีพ โปรดตอบคำถามให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

เหตุผลหลักที่ท่านพาเด็กมาปรึกษา

.....

.....

.....

.....

โปรดระบุสิ่งที่ท่านต้องการให้แพทย์และทีมนักวิชาชีพช่วยเหลือ

.....

.....

.....

.....

ประวัติการรักษาในปัจจุบัน

1) บุตรของท่านเคยพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยด้านพัฒนาการที่ใดหรือไม่

ไม่มี

กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก ชื่อ.....โรงพยาบาล.....

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ชื่อ.....โรงพยาบาล.....

2) ปัจจุบันบุตรของท่านได้รับการฝึกด้านพัฒนาการหรือบำบัดอยู่กับนักวิชาชีพใดบ้าง

ไม่มี เพราะ

มี ระบุ

1. นักบำบัดด้าน.....สถานที่.....จำนวน.....ชั่วโมง/สัปดาห์
2. นักบำบัดด้าน.....สถานที่.....จำนวน.....ชั่วโมง/สัปดาห์
3. นักบำบัดด้าน.....สถานที่.....จำนวน.....ชั่วโมง/สัปดาห์
4. นักบำบัดด้าน.....สถานที่.....จำนวน.....ชั่วโมง/สัปดาห์

ทำเครื่องหมาย ✓ ข้างหน้าข้อความที่แสดงถึงลักษณะพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก

สำหรับเด็กทุกอายุ

1. สนใจจดจ่อกับ ไม่เล่นกับคนเล่นแต่ของเล่น เล่นกับคนใกล้ชิดหรือคนเลี้ยงดู
 ไม่สนใจอะไรเลย
2. เด็กผูกพันกับผู้เลี้ยงดูหรือไม่
3. สามารถสื่อบอกความต้องการได้หรือไม่ 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 ใช้คีมคีบ
- ใช้เครื่องมือดูด ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ถ้าไม่ได้คลอดด้วยวิธีธรรมชาติ กรุณาระบุปัญหา

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

ถ้ามีปัญหา กรุณาระบุรายละเอียด (ปัญหา / โรค อายุที่เป็น)

.....

.....

4) น้ำหนักแรกเกิด กรัม

สุขภาพทั่วไป

5) บุตรของท่านพบแพทย์หรือกุมารแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพทั่วไปที่ใด

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) บุตรของท่านเคยเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลหรือไม่ เคย ไม่เคย

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

10) บุตรของท่านเคยใช้ยาใดเป็นประจำหรือไม่ ใช้ ไม่ใช่

ถ้าใช้ กรุณาระบุชื่อยาและเหตุผล

.....

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)