|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **คลินิกสุขภาพเด็กดี รพ.สต........................... คิวที่............**  วันที่มารับบริการ.....................................................  ชื่อ-สกุล..............................................................HN……………..  อายุ...........ปี...........เดือน.........วัน นน...................กก.  สส...................ซม. รอบศีรษะ..............ซม.  เบอร์โทรศัพท์..........................................................................  **ขั้นตอนการรับบริการ**  🗆ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ  🗆สอนโรงเรียนพ่อแม่ ประเมินกราฟเจริญเติบโตตามวัย  🗆 ซักประวัติตรวจร่างกาย  🗆 ตรวจพัฒนาการตามวัย / ตรวจพิเศษ  ( ) ตรวจพัฒนาการ 🗆 9 ด. 🗆 18 ด. 🗆 30 ด.  🗆 42 ด. 🗆 60 ด.  ( ) ผลการตรวจ :🗆 สมวัย 🗆 สงสัยด้าน..........................  🗆 ตรวจสุขภาพเพิ่มเติม : ( ) 6 ด. ตรวจตาเหล่  ( ) 12 ด. ตรวจ PDDSQ ( ) 18 ด. ตรวจการได้ยิน  ( ) 3.6 ปี ตรวจ Hct  ( ) 4 ปี ตรวจ BP=...................mmHg , ( ) ส่งตรวจ UA  🗆 เจาะเลือดหาความเข้มข้น Hct ……..... %  🗆 ฉีดวัคซีนป้องกันโรค ในช่วงอายุ .......ปี.......เดือน  วัคซีนที่ได้รับวันนี้ .........................................................  🗆 นัดติดตาม / นัดตรวจครั้งต่อไป  ( ) นัดรับวัคซีนครั้งต่อไป วันที่.....................................  ( ) นัดติดตามพัฒนาการ วันที่......................................  ( ) นัดเจาะเลือดติดตามภาวะซีด วันที่.............................  ( ) นัดตรวจฟัน/เคลือบฟลูออไรด์ ในวันที่........................  ( ) อื่น ๆ ...........................................................................  🗆 รับยา  ( ) ยาลดไข้ Para ( ) ยาเสริมธาตุเหล็ก ขนาด........... | **คลินิกสุขภาพเด็กดี รพ.สต........................... คิวที่............**  วันที่มารับบริการ.....................................................  ชื่อ-สกุล..............................................................HN……………..  อายุ...........ปี...........เดือน.........วัน นน...................กก.  สส...................ซม. รอบศีรษะ..............ซม.  เบอร์โทรศัพท์..........................................................................  **ขั้นตอนการรับบริการ**  🗆ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ  🗆สอนโรงเรียนพ่อแม่ ประเมินกราฟเจริญเติบโตตามวัย  🗆 ซักประวัติตรวจร่างกาย  🗆 ตรวจพัฒนาการตามวัย / ตรวจพิเศษ  ( ) ตรวจพัฒนาการ 🗆 9 ด. 🗆 18 ด. 🗆 30 ด.  🗆 42 ด. 🗆 60 ด.  ( ) ผลการตรวจ :🗆 สมวัย 🗆 สงสัยด้าน..........................  🗆 ตรวจสุขภาพเพิ่มเติม : ( ) 6 ด. ตรวจตาเหล่  ( ) 12 ด. ตรวจ PDDSQ ( ) 18 ด. ตรวจการได้ยิน  ( ) 3.6 ปี ตรวจ Hct  ( ) 4 ปี ตรวจ BP=...................mmHg , ( ) ส่งตรวจ UA  🗆 เจาะเลือดหาความเข้มข้น Hct ……..... %  🗆 ฉีดวัคซีนป้องกันโรค ในช่วงอายุ .......ปี.......เดือน  วัคซีนที่ได้รับวันนี้ .........................................................  🗆 นัดติดตาม / นัดตรวจครั้งต่อไป  ( ) นัดรับวัคซีนครั้งต่อไป วันที่.....................................  ( ) นัดติดตามพัฒนาการ วันที่......................................  ( ) นัดเจาะเลือดติดตามภาวะซีด วันที่.............................  ( ) นัดตรวจฟัน/เคลือบฟลูออไรด์ ในวันที่........................  ( ) อื่น ๆ ...........................................................................  🗆 รับยา  ( ) ยาลดไข้ Para ( ) ยาเสริมธาตุเหล็ก ขนาด........... | **คลินิกสุขภาพเด็กดี รพ.สต........................... คิวที่...........**  วันที่มารับบริการ.....................................................  ชื่อ-สกุล..............................................................HN……………..  อายุ...........ปี...........เดือน.........วัน นน...................กก.  สส...................ซม. รอบศีรษะ..............ซม.  เบอร์โทรศัพท์..........................................................................  **ขั้นตอนการรับบริการ**  🗆ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบศีรษะ  🗆สอนโรงเรียนพ่อแม่ ประเมินกราฟเจริญเติบโตตามวัย  🗆 ซักประวัติตรวจร่างกาย  🗆 ตรวจพัฒนาการตามวัย / ตรวจพิเศษ  ( ) ตรวจพัฒนาการ 🗆 9 ด. 🗆 18 ด. 🗆 30 ด.  🗆 42 ด. 🗆 60 ด.  ( ) ผลการตรวจ :🗆 สมวัย 🗆 สงสัยด้าน..........................  🗆 ตรวจสุขภาพเพิ่มเติม : ( ) 6 ด. ตรวจตาเหล่  ( ) 12 ด. ตรวจ PDDSQ ( ) 18 ด. ตรวจการได้ยิน  ( ) 3.6 ปี ตรวจ Hct  ( ) 4 ปี ตรวจ BP=...................mmHg , ( ) ส่งตรวจ UA  🗆 เจาะเลือดหาความเข้มข้น Hct ……..... %  🗆 ฉีดวัคซีนป้องกันโรค ในช่วงอายุ .......ปี.......เดือน  วัคซีนที่ได้รับวันนี้ .........................................................  🗆 นัดติดตาม / นัดตรวจครั้งต่อไป  ( ) นัดรับวัคซีนครั้งต่อไป วันที่.....................................  ( ) นัดติดตามพัฒนาการ วันที่......................................  ( ) นัดเจาะเลือดติดตามภาวะซีด วันที่.............................  ( ) นัดตรวจฟัน/เคลือบฟลูออไรด์ ในวันที่........................  ( ) อื่น ๆ ...........................................................................  🗆 รับยา  ( ) ยาลดไข้ Para ( ) ยาเสริมธาตุเหล็ก ขนาด........... |