|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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...........  |