



กรมอนามัย  
Department of Health



กรมสุขภาพจิต  
Department of Mental Health



unicef  
for every child

Special  
Olympics  
Thailand



# สมุดบันทึก

การคัดกรองสุขภาพ  
และการส่งเสริมสุขภาพเด็กพิเศษ



สำนักส่งเสริมสุขภาพ





กรมอนามัย  
Department of Health



กรมสุขภาพจิต  
Department of Mental Health



unicef  
for every child

Special  
Olympics  
Thailand



# สมุดบันทึก

การคัดกรองสุขภาพ  
และการส่งเสริมสุขภาพเด็กพิเศษ



สำนักส่งเสริมสุขภาพ

## สมุดบันทึกการคัดกรองสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพเด็กพิเศษ

### ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุวรรณชัย	วัฒนา ยิ่งเจริญชัย	อธิบดีกรมอนามัย
นายแพทย์อรรถพล	แก้วสัมฤทธิ์	รองอธิบดีกรมอนามัย
นายแพทย์สรารุติ	บุญสุข	รองอธิบดีกรมอนามัย
นายแพทย์เอกชัย	เพียรศรีวีชรา	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

### กองบรรณาธิการ

นางสาวอรอุมา	โภาคสมบัติ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ
นางสาวพาริดา	เมื้อะสนิ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ
นายเนตต์	ภูประสม	สำนักส่งเสริมสุขภาพ
นางสาววัลนิภา	ฉัญยะมาตร	สำนักส่งเสริมสุขภาพ
นายสโรช	จินดาวณิชย์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ
นางสาวนฤมล	แก้วโมรา	สำนักส่งเสริมสุขภาพ

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2563      จำนวนพิมพ์ 3,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 2 เมษายน 2564      จำนวนพิมพ์ 7,000 เล่ม

พิมพ์ที่      สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์  
จัดทำโดย      สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

## คำนำ

เด็กพิเศษ เป็นเด็กที่อยู่ในโรงเรียนเฉพาะความพิการ ศูนย์การศึกษาพิเศษ และโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนแบบอยู่ประจำ เด็กกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ เพิ่มเติมจากวิธีการตามปกติ ทั้งในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนรู้ และการเข้าสังคม เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาเต็มตามศักยภาพของเขาเอง โดยออกแบบการดูแลช่วยเหลือเด็กตามลักษณะความจำเป็น และความต้องการของเด็กแต่ละคน จากข้อมูลสถานการณ์พบว่าเด็กกลุ่มนี้ยังมีปัญหาสุขภาพอยู่ค่อนข้างมากและมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าเด็กทั่วไป เช่น โรคลมชัก โรคผิวหนัง ความบกพร่องของการรับรู้ เป็นต้น รวมทั้งการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

สถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กพิเศษ มีจุดเริ่มต้นจากการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเด็กพิการในชุมชนทั่วประเทศไทย (Healthy Communities) โดยสมาคมกีฬาสเปเชียลโอลิมปิกแห่งประเทศไทย สถาบันราชานุกูล ปี 2556 ภายใต้การสนับสนุน Golisano Foundation , UNICEF Thailand เดือนมิถุนายน 2559 MOU 6 หน่วยงาน (กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สพฐ. พม. ยูนิเซฟ และ สมาคมกีฬาสเปเชียลโอลิมปิกแห่งประเทศไทย) ในปี 2560 สมาคมฯ ร่วมกับฝ่ายสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมายได้ดำเนินการนำร่องในศูนย์การศึกษาพิเศษ 8 จังหวัด (พิษณุโลก ภูเก็ต จันทบุรี สุราษฎร์ธานี อุดรธานี นครราชสีมา ลพบุรี แม่ฮ่องสอน) ให้กับเยาวชนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและความช้าซ้อน โดยใช้เครื่องมือตรวจสุขภาพนักเรียน 10 Module ของกรมสุขภาพจิตและสมาคมกีฬาสเปเชียลโอลิมปิกแห่งประเทศไทย ผลการดำเนินงาน ปี 2562 พบว่ามีการดำเนินงานโครงการ ร้อยละ 48 เด็กได้รับการตรวจสุขภาพและลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพเพียงร้อยละ 45 อีกทั้งการสนับสนุนสมุดบันทึกการคัดกรองสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพเด็กพิเศษยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทั้ง 9 ประเภท

กรมอนามัยและภาคีเครือข่าย ได้ร่วมมือในการพัฒนาสมุดบันทึกการคัดกรองสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพเด็กพิเศษให้มีความครอบคลุมกลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทั้ง 9 ประเภท โดยพัฒนาต่อยอดจาก 10 Module เดิม ซึ่งสมุดบันทึกเล่มนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 12 ตอน

กรมอนามัยและหน่วยงานภาคีเครือข่ายหวังเป็นอย่างยิ่งว่าสมุดบันทึกการคัดกรองสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพเด็กพิเศษเล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่โรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางการประเมินสุขภาพและบันทึกข้อมูลทางสุขภาพที่มีความจำเป็นสำหรับเด็กพิเศษ เพื่อวางแผนการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

## สารบัญ

หน้า

ตอนที่ 1	ข้อมูลทั่วไป	1
ตอนที่ 2	ประวัติสุขภาพ	2
ตอนที่ 3	แบบประเมินอาการผิดปกติทางกาย/จิต	10
ตอนที่ 4	แบบประเมินการเจริญเติบโต	13
ตอนที่ 5	ประวัติการรับวัคซีน	33
ตอนที่ 6	แบบประเมินภาวะซีด	34
ตอนที่ 7	แบบประเมินสัญญาณชีพ	35
ตอนที่ 8	แบบประเมินสายตาและการได้ยิน	36
ตอนที่ 9	แบบการตรวจสุขภาพร่างกาย	37
ตอนที่ 10	แบบประเมินสุขภาพช่องปากและฟัน	39
ตอนที่ 11	แบบสรุปผลการประเมินสุขภาพเพื่อการส่งต่อระบบสาธารณสุข	41
ตอนที่ 12	ประวัติความเจ็บป่วยขณะอยู่โรงเรียน	53
	• บรรณานุกรม	54
	• รายชื่อผู้ร่วมพัฒนาสมุดบันทึกการคัดกรองสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพเด็กพิเศษ	55



# ตอนที่ 1-4

บันทึกโดย ผู้ดูแล / ครู

## ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (บันทึกโดยผู้ดูแล)

### 1. ข้อมูลนักเรียน

ชื่อ ด.ช./ ด.ญ./ นาย/ น.ส. .... นามสกุล .....

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---

ที่อยู่ .....

### 2. ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา นาย ..... นามสกุล ..... Tel. ....

ที่อยู่ .....

ชื่อมารดา นาง/น.ส. .... นามสกุล ..... Tel. ....

ที่อยู่ .....

### 3. ผู้ดูแลหลัก บิดา มารดา บุคคลอื่น

ระบุ ชื่อ นาย/นาง/ น.ส..... นามสกุล ..... Tel.....

ความสัมพันธ์กับนักเรียน .....

### 4. ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง .....

เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ (บ้าน) ..... โทรศัพท์มือถือ .....

### 5. สิทธิการรักษาของเด็ก UC อื่นๆ ระบุ.....

## ตอนที่ 2 ประวัติสุขภาพ (บันทึกโดยผู้ดูแล)

### 1. บันทึกข้อมูลเบื้องต้น

1.1 ประเภทของคนพิการ 9 ประเภท (ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องกำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ.2552)

บุคคลที่มีความบกพร่องดังนี้

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> ทางการเห็น             | <input type="radio"/> การได้ยิน                               |
| <input type="radio"/> ทางสติปัญญา            | <input type="radio"/> ทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหว หรือสุขภาพ |
| <input type="radio"/> ทางการเรียนรู้         | <input type="radio"/> ทางการพูด และภาษา                       |
| <input type="radio"/> ทางพฤติกรรม หรืออารมณ์ | <input type="radio"/> ออทิสติก                                |
| <input type="radio"/> พิกัดซ้อน ระบุ.....    |   |

### 2. ประวัติการคลอด

2.1 อายุครรภ์  ครบกำหนด  เกินกำหนด  ก่อนกำหนด

#### 2.2 วิธีการคลอด

- คลอดปกติ (Normal Labor)
- คลอดด้วยวิธีอื่น เช่น ผ่าตัดทางหน้าท้อง (Cesarean Section), ใช้คีมช่วย (Forceps Extraction), ใช้เครื่องดูด (Vacuum Extraction)

3. กลุ่มเลือด  O  A  B  AB  ไม่ทราบ



### 5. โรคประจำตัว (โรคทางกาย)

ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....
<input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว <input type="radio"/> โรคหอบหืด <input type="radio"/> โรคลมชัก <input type="radio"/> เบาหวาน <input type="radio"/> ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ <input type="radio"/> โรคหัวใจ <input type="radio"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="radio"/> โรคทาลัสซีเมีย <input type="radio"/> ภาวะโลหิตจาง <input type="radio"/> G6PD อื่นๆ ระบุ..... .....	<input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว <input type="radio"/> โรคหอบหืด <input type="radio"/> โรคลมชัก <input type="radio"/> เบาหวาน <input type="radio"/> ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ <input type="radio"/> โรคหัวใจ <input type="radio"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="radio"/> โรคทาลัสซีเมีย <input type="radio"/> ภาวะโลหิตจาง <input type="radio"/> G6PD อื่นๆ ระบุ..... .....	<input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว <input type="radio"/> โรคหอบหืด <input type="radio"/> โรคลมชัก <input type="radio"/> เบาหวาน <input type="radio"/> ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ <input type="radio"/> โรคหัวใจ <input type="radio"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="radio"/> โรคทาลัสซีเมีย <input type="radio"/> ภาวะโลหิตจาง <input type="radio"/> G6PD อื่นๆ ระบุ..... .....	<input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว <input type="radio"/> โรคหอบหืด <input type="radio"/> โรคลมชัก <input type="radio"/> เบาหวาน <input type="radio"/> ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ <input type="radio"/> โรคหัวใจ <input type="radio"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="radio"/> โรคทาลัสซีเมีย <input type="radio"/> ภาวะโลหิตจาง <input type="radio"/> G6PD อื่นๆ ระบุ..... .....	<input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว <input type="radio"/> โรคหอบหืด <input type="radio"/> โรคลมชัก <input type="radio"/> เบาหวาน <input type="radio"/> ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ <input type="radio"/> โรคหัวใจ <input type="radio"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="radio"/> โรคทาลัสซีเมีย <input type="radio"/> ภาวะโลหิตจาง <input type="radio"/> G6PD อื่นๆ ระบุ..... .....	<input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว <input type="radio"/> โรคหอบหืด <input type="radio"/> โรคลมชัก <input type="radio"/> เบาหวาน <input type="radio"/> ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ <input type="radio"/> โรคหัวใจ <input type="radio"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="radio"/> โรคทาลัสซีเมีย <input type="radio"/> ภาวะโลหิตจาง <input type="radio"/> G6PD อื่นๆ ระบุ..... .....

## 6. โรคทางจิตเวช

ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....
<input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติ <input type="checkbox"/> มีประวัติ ระบุ <input type="radio"/> โรคสมาธิสั้น (ADHD) <input type="radio"/> โรคจิตเภท (Schizophrenia) <input type="radio"/> โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) <input type="radio"/> อารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... .....	<input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติ <input type="checkbox"/> มีประวัติ ระบุ <input type="radio"/> โรคสมาธิสั้น (ADHD) <input type="radio"/> โรคจิตเภท (Schizophrenia) <input type="radio"/> โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) <input type="radio"/> อารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... .....	<input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติ <input type="checkbox"/> มีประวัติ ระบุ <input type="radio"/> โรคสมาธิสั้น (ADHD) <input type="radio"/> โรคจิตเภท (Schizophrenia) <input type="radio"/> โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) <input type="radio"/> อารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... .....	<input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติ <input type="checkbox"/> มีประวัติ ระบุ <input type="radio"/> โรคสมาธิสั้น (ADHD) <input type="radio"/> โรคจิตเภท (Schizophrenia) <input type="radio"/> โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) <input type="radio"/> อารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... .....	<input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติ <input type="checkbox"/> มีประวัติ ระบุ <input type="radio"/> โรคสมาธิสั้น (ADHD) <input type="radio"/> โรคจิตเภท (Schizophrenia) <input type="radio"/> โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) <input type="radio"/> อารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... .....	<input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติ <input type="checkbox"/> มีประวัติ ระบุ <input type="radio"/> โรคสมาธิสั้น (ADHD) <input type="radio"/> โรคจิตเภท (Schizophrenia) <input type="radio"/> โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) <input type="radio"/> อารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... .....

7. ยากที่รับประทานเป็นประจำ

ไม่มี

มี ให้ระบุรายละเอียดในตาราง

ยาที่รับประทานเป็นประจำ	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....
รายการยา						
ขนาดและวิธีใช้						
แพทย์ผู้ส่ง/รพ. ที่รับยา						
หมายเหตุ						



## 9. ประวัติอันน่าอัศจรรย์พันธุ์ (เฉพาะนักเรียนหญิง)

ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....
ประจำเดือน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีประจำเดือนครั้งแรก เมื่อ..... <input type="checkbox"/> นักเรียนคุมกำเนิดหรือไม่ <input type="radio"/> ไม่ได้คุมกำเนิด <input type="radio"/> คุมกำเนิด โดยวิธี <input type="radio"/> ฉีดยาคุมกำเนิด <input type="radio"/> ฝังยาคุมกำเนิด <input type="radio"/> ทำหมัน <input type="radio"/> ผ่าตัดเอามดลูกออก (hysterectomy) <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... .....	ประจำเดือน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีประจำเดือนครั้งแรก เมื่อ..... <input type="checkbox"/> นักเรียนคุมกำเนิดหรือไม่ <input type="radio"/> ไม่ได้คุมกำเนิด <input type="radio"/> คุมกำเนิด โดยวิธี <input type="radio"/> ฉีดยาคุมกำเนิด <input type="radio"/> ฝังยาคุมกำเนิด <input type="radio"/> ทำหมัน <input type="radio"/> ผ่าตัดเอามดลูกออก (hysterectomy) <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... .....	ประจำเดือน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีประจำเดือนครั้งแรก เมื่อ..... <input type="checkbox"/> นักเรียนคุมกำเนิดหรือไม่ <input type="radio"/> ไม่ได้คุมกำเนิด <input type="radio"/> คุมกำเนิด โดยวิธี <input type="radio"/> ฉีดยาคุมกำเนิด <input type="radio"/> ฝังยาคุมกำเนิด <input type="radio"/> ทำหมัน <input type="radio"/> ผ่าตัดเอามดลูกออก (hysterectomy) <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... .....	ประจำเดือน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีประจำเดือนครั้งแรก เมื่อ..... <input type="checkbox"/> นักเรียนคุมกำเนิดหรือไม่ <input type="radio"/> ไม่ได้คุมกำเนิด <input type="radio"/> คุมกำเนิด โดยวิธี <input type="radio"/> ฉีดยาคุมกำเนิด <input type="radio"/> ฝังยาคุมกำเนิด <input type="radio"/> ทำหมัน <input type="radio"/> ผ่าตัดเอามดลูกออก (hysterectomy) <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... .....	ประจำเดือน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีประจำเดือนครั้งแรก เมื่อ..... <input type="checkbox"/> นักเรียนคุมกำเนิดหรือไม่ <input type="radio"/> ไม่ได้คุมกำเนิด <input type="radio"/> คุมกำเนิด โดยวิธี <input type="radio"/> ฉีดยาคุมกำเนิด <input type="radio"/> ฝังยาคุมกำเนิด <input type="radio"/> ทำหมัน <input type="radio"/> ผ่าตัดเอามดลูกออก (hysterectomy) <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... .....	ประจำเดือน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีประจำเดือนครั้งแรก เมื่อ..... <input type="checkbox"/> นักเรียนคุมกำเนิดหรือไม่ <input type="radio"/> ไม่ได้คุมกำเนิด <input type="radio"/> คุมกำเนิด โดยวิธี <input type="radio"/> ฉีดยาคุมกำเนิด <input type="radio"/> ฝังยาคุมกำเนิด <input type="radio"/> ทำหมัน <input type="radio"/> ผ่าตัดเอามดลูกออก (hysterectomy) <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... .....











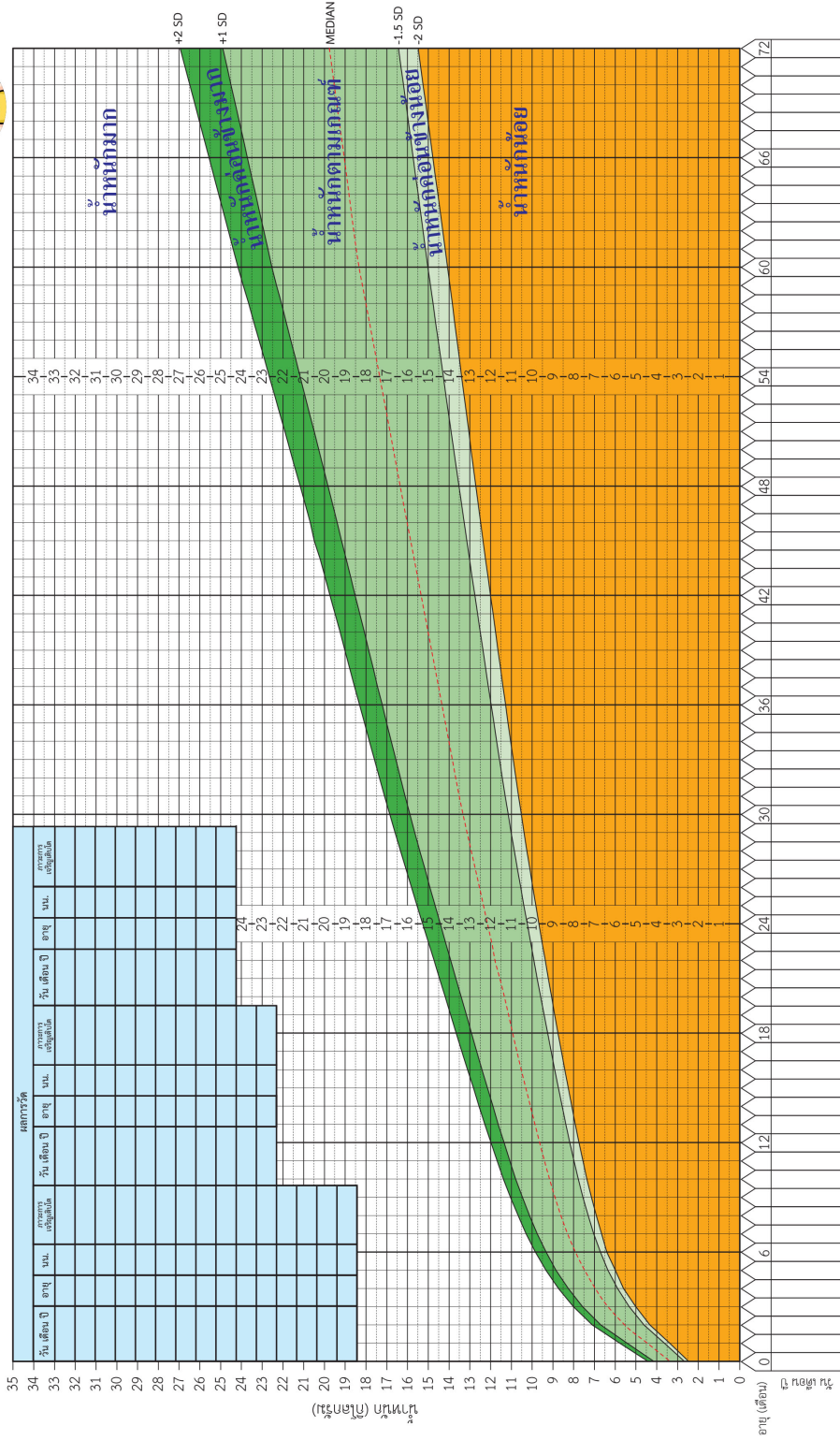








กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี เพศชาย สำหรับพ่อแม่แม่ใช้ในการติดตามน้ำหนักของลูก



จัดทำและเผยแพร่โดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2564

ข้อมูล : ประมวลจากมาตรฐานการเจริญเติบโตของทารกอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2006 และการจัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 5 - 19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2563

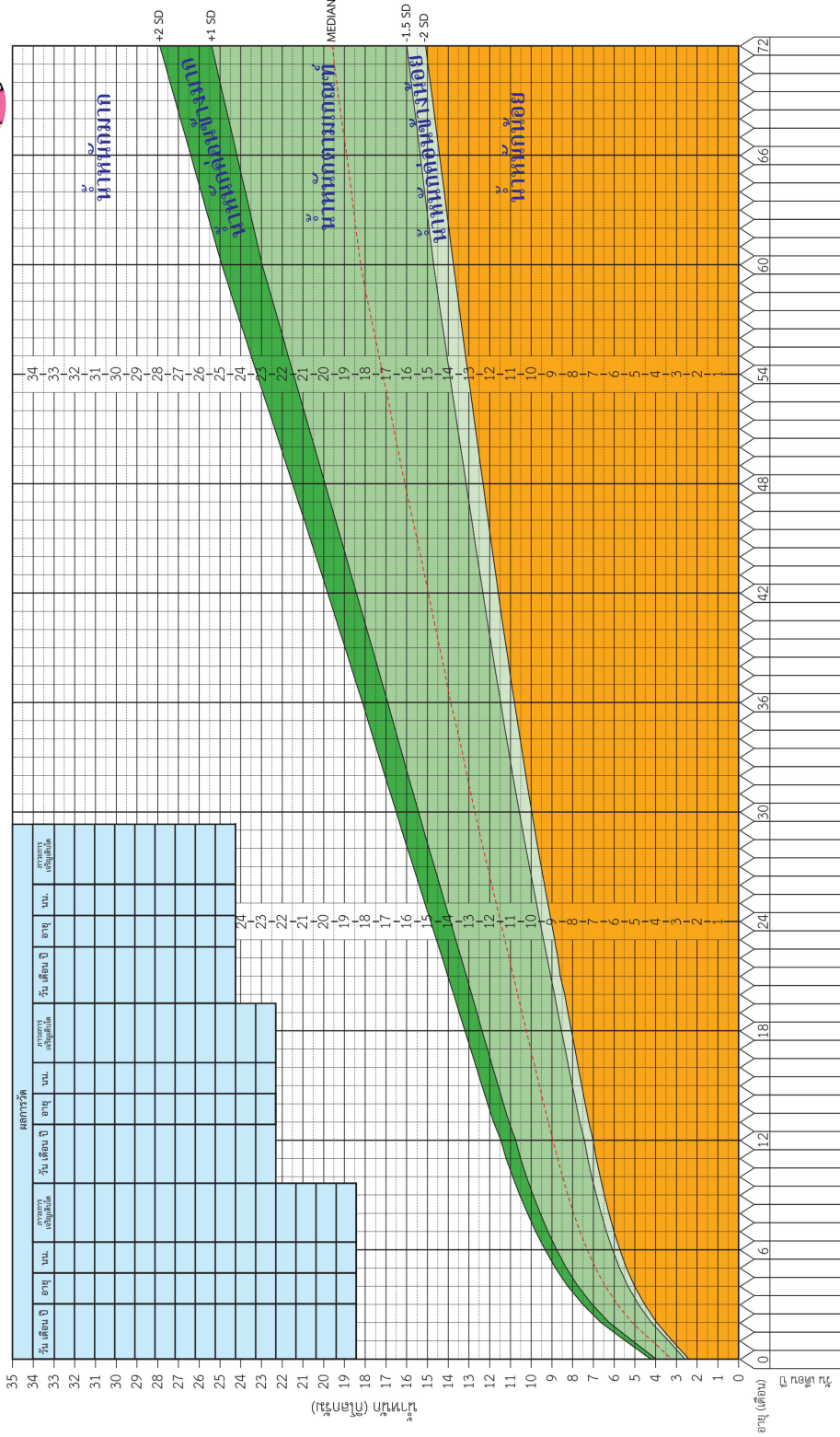








# กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี เพศหญิง สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามน้ำหนักของลูก



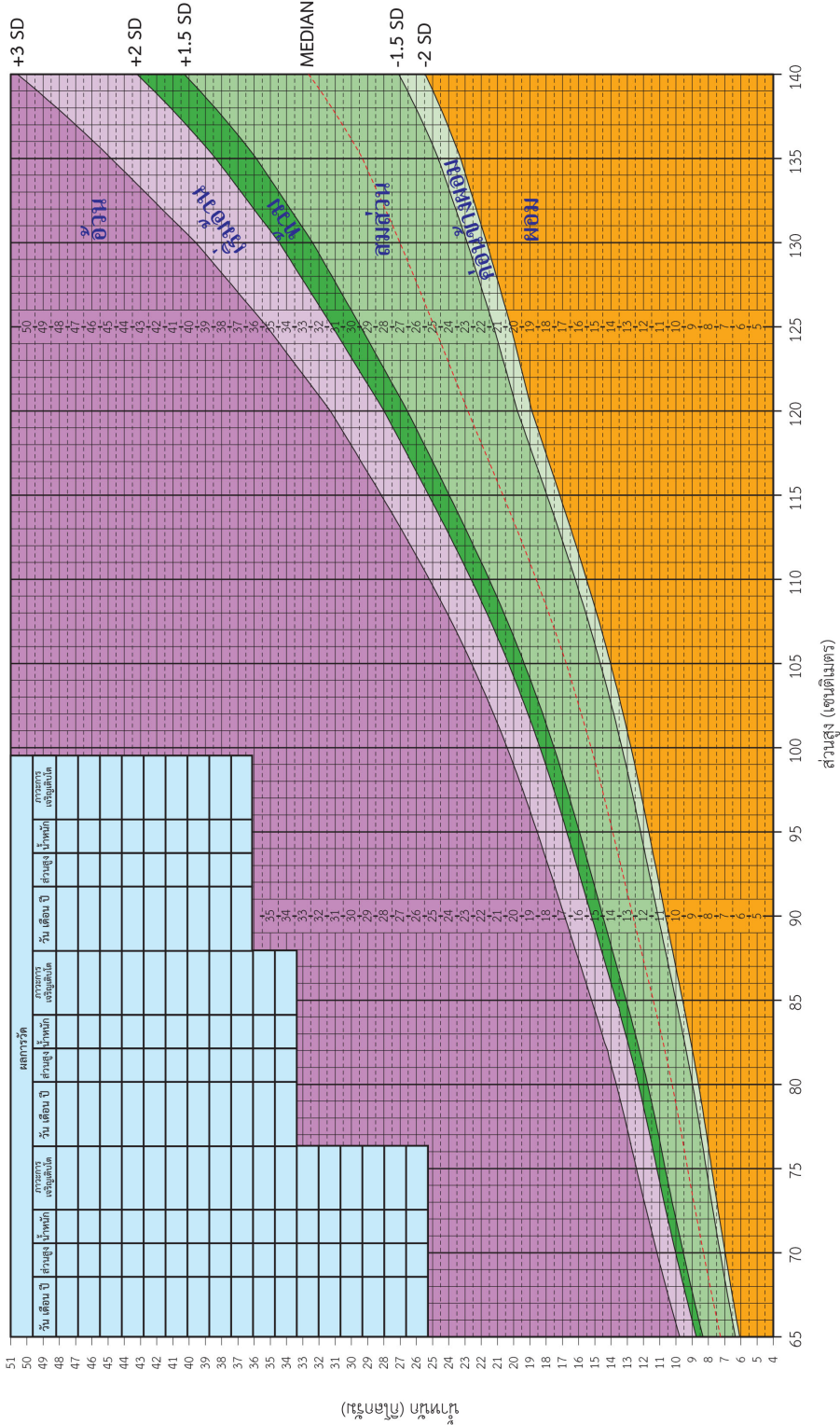
จัดทำและเผยแพร่โดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2564

ข้อมูล : ประมวลจากมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2006 และการจัดทำเกณฑ์อิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 5 - 19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2563





# กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ของเด็กอายุ 2 - 5 ปี เพศหญิง สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามการเจริญเติบโตด้านรูปร่างของลูก (อ่าน สมส่วน ผอม)



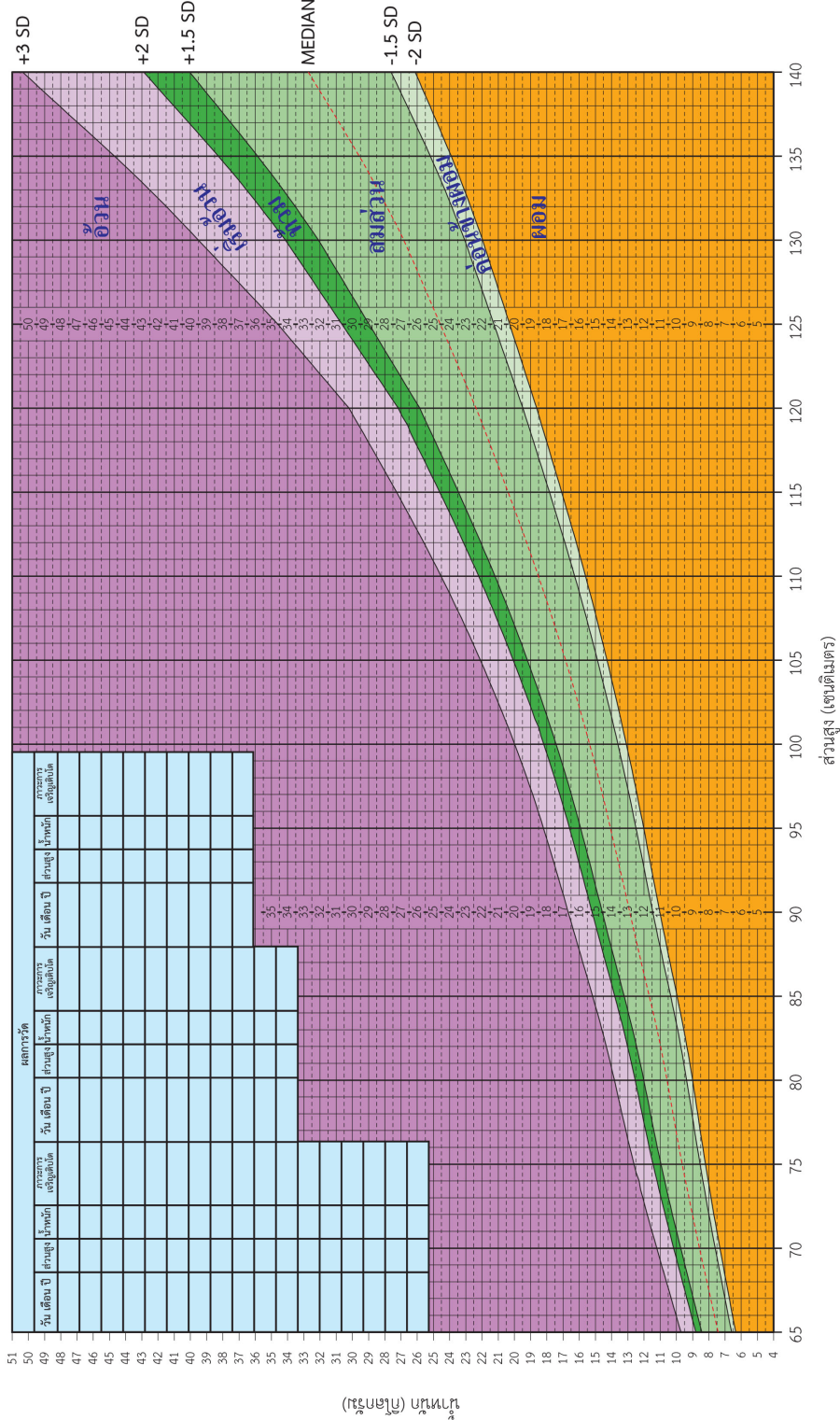
ข้อมูล : ประยุกต์จากมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2006  
และการจัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 5 - 19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2563  
จัดทำและเผยแพร่โดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2564







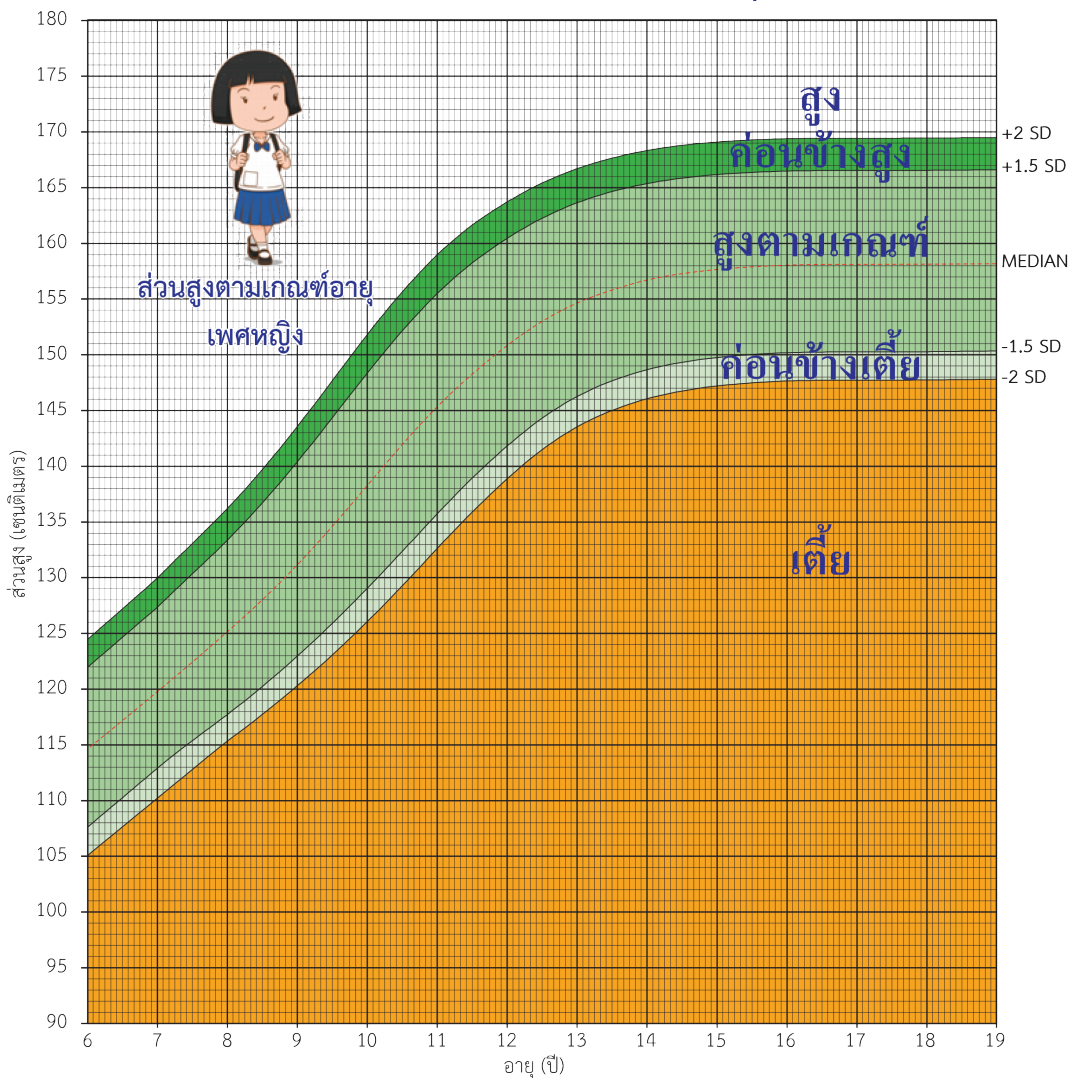
# กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ของเด็กอายุ 2 - 5 ปี เพศชาย สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามการเจริญเติบโตด้านรูปร่างของเด็ก (อ่าน สมส่วน ผอม)



ข้อมูล : ประยุกต์จากมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2006  
และการจัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 5 - 19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2563  
จัดทำและเผยแพร่โดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2564



## กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 - 19 ปี เพศหญิง



### วิธีการอ่านกราฟ

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ แสดงการเจริญเติบโตด้านความสูง ตามอายุตามแนวรอนวนว่าอยู่ที่จุดใด แล้วไล่ขึ้นตามแนวตั้งว่าตรงกับส่วนสูงที่จุดใด อ่านผลตามเกณฑ์ส่วนสูงนั้น : สูง ก่อนข้างสูง ส่วนสูงตามเกณฑ์ ก่อนข้างเตี้ย

### การแปลผลจากกราฟ

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ เป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะโภชนาการระยะยาว ที่ผ่านมาว่าส่วนสูงเหมาะสมกับอายุ หรือไม่ ถ้าร่างกายมีการขาดสารอาหาร แบบเรื้อรังเป็นเวลานานจะมีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทางโครงสร้าง ทำให้เด็กเตี้ยกว่าเด็กในเกณฑ์วัยเดียวกัน

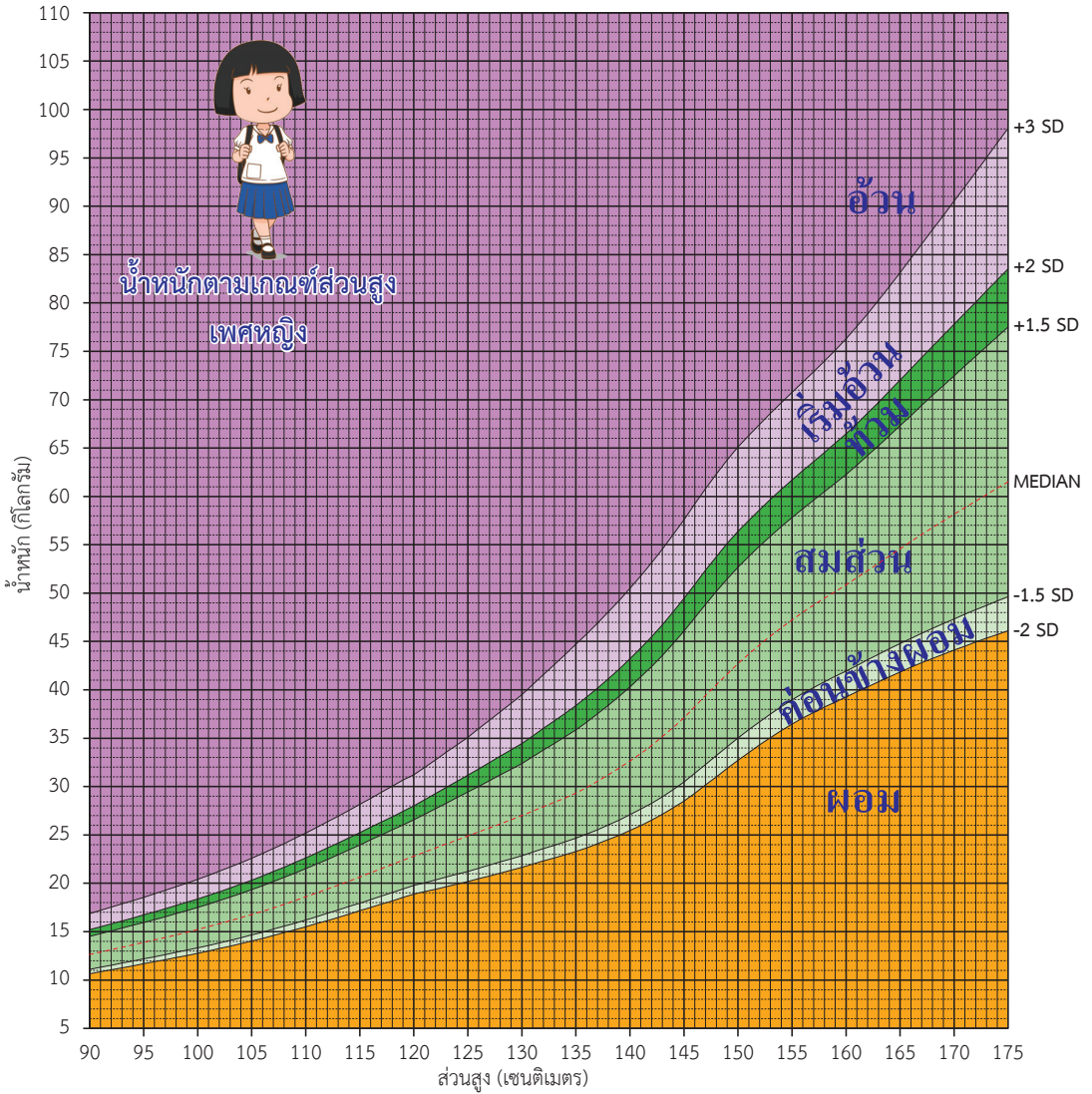
### การแปลผลภาวะการเจริญเติบโต

- แบ่งภาวะการเจริญเติบโตเป็น 5 ระดับ คือ
- 1) เตี้ย หมายถึง ขาดอาหารเรื้อรัง ได้รับอาหารไม่เพียงพอ เป็นเวลานาน ทำให้ส่วนสูงเพิ่มขึ้นน้อยหรือไม่เพิ่ม ส่งผลให้สติปัญญาต่ำ ควรแก้ไขอย่างเร่งด่วน
  - 2) ก่อนข้างเตี้ย หมายถึง เสี่ยงต่อการขาดอาหารเรื้อรัง หากไม่แก้ไข ส่วนสูงจะเพิ่มขึ้นน้อยหรือไม่เพิ่ม เป็นเด็กเตี้ยได้
  - 3) สูงตามเกณฑ์ หมายถึง การเจริญเติบโตดี เด็กได้รับอาหารเพียงพอ เป็นผลให้มีระดับสติปัญญาดี
  - 4) ก่อนข้างสูง หมายถึง การเจริญเติบโตดีมาก เป็นผลให้มีระดับสติปัญญาดี
  - 5) สูง หมายถึง การเจริญเติบโตดีมาก เป็นผลให้มีระดับสติปัญญาดี

ข้อมูล: การจัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 5 - 19 ปี  
สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2563

จัดทำและเผยแพร่โดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2564

# กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 - 19 ปี เพศหญิง



**วิธีการอ่านกราฟ**

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง แสดงความอ้วน-ผอม

ดูส่วนสูงตามแนวนอนว่าอยู่ที่จุดใด แล้วไล่ขึ้นตามแนวตั้งว่าตรงกับน้ำหนักที่จุดใด อ่านผลตามเกณฑ์นั้น :

**อ้วน** **เริ่มอ้วน** **ท้วม** **สมส่วน** **ค่อนข้างผอม** **ผอม**

**การแปลผลจากกราฟ**

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เป็นดัชนีบ่งชี้ว่าน้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูงหรือไม่ สามารถแปลผลภาวะโภชนาการได้โดยไม่ต้องทราบอายุ ถ้าร่างกายขาดอาหารระยะสั้นในปัจจุบันหรือเกิดเจ็บป่วย ร่างกายจะผอม น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงจะมีค่าน้อยกว่าปกติ แต่ถ้าได้รับอาหารเกินความต้องการของร่างกาย น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงจะเป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะเริ่มอ้วน หรืออ้วนได้ดี

**การแปลผลภาวะการเจริญเติบโต**

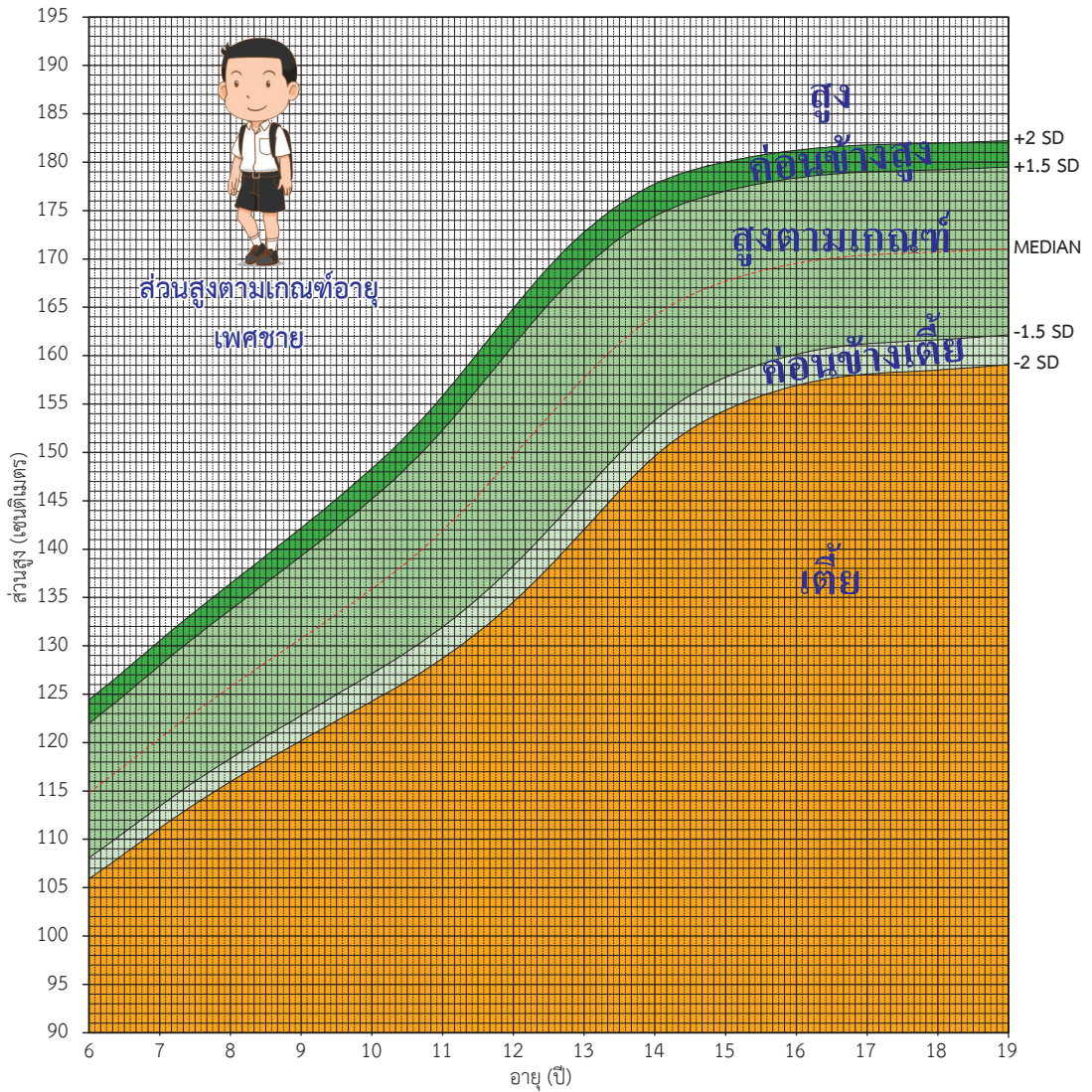
แบ่งภาวะการเจริญเติบโตเป็น 6 ระดับ คือ

- 1) **ผอม** หมายถึง ขาดอาหารระยะสั้น
- 2) **ค่อนข้างผอม** หมายถึง เสี่ยงต่อการขาดอาหาร เป็นการเตือนให้ระวัง
- 3) **สมส่วน** หมายถึง การเจริญเติบโตดี แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง
- 4) **ท้วม** หมายถึง เสี่ยงต่อการมีภาวะอ้วน หากไม่ดูแลน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นอยู่ในภาวะเริ่มอ้วน
- 5) **เริ่มอ้วน** หมายถึง น้ำหนักมากก่อนเกิดภาวะอ้วนชัดเจน เด็กมีโอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่อ้วนในอนาคต
- 6) **อ้วน** หมายถึง ภาวะอ้วนชัดเจน มีน้ำหนักมากเกินไปเด็กมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่อ้วน เสี่ยงโรคในอนาคต หากไม่ควบคุมน้ำหนัก

ข้อมูล: การจัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 5 - 19 ปี  
สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2563

จัดทำและเผยแพร่โดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2564

## กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 - 19 ปี เพศชาย



### วิธีการอ่านกราฟ

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ แสดงการเจริญเติบโตด้านความสูง ดูอายุตามแนวนอนว่าอยู่ที่จุดใด แล้วไล่ขึ้นตามแนวตั้งว่าตรงกับส่วนสูงที่จุดใด อ่านผลตามเกณฑ์ส่วนสูงนั้น : สูง ค่อนข้างสูง ส่วนสูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างเตี้ย เตี้ย

### การแปลผลจากกราฟ

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ เป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะโภชนาการระยะยาวที่ผ่านมามีส่วนสูงเหมาะสมกับอายุหรือไม่ ถ้าร่างกายมีการขาดสารอาหารแบบเรื้อรังเป็นเวลานานจะมีผลกระทบต่อเจริญเติบโตทางโครงสร้างทำให้เด็กเตี้ยกว่าเด็กในเกณฑ์วัยเดียวกัน

### การแปลผลภาวะการเจริญเติบโต

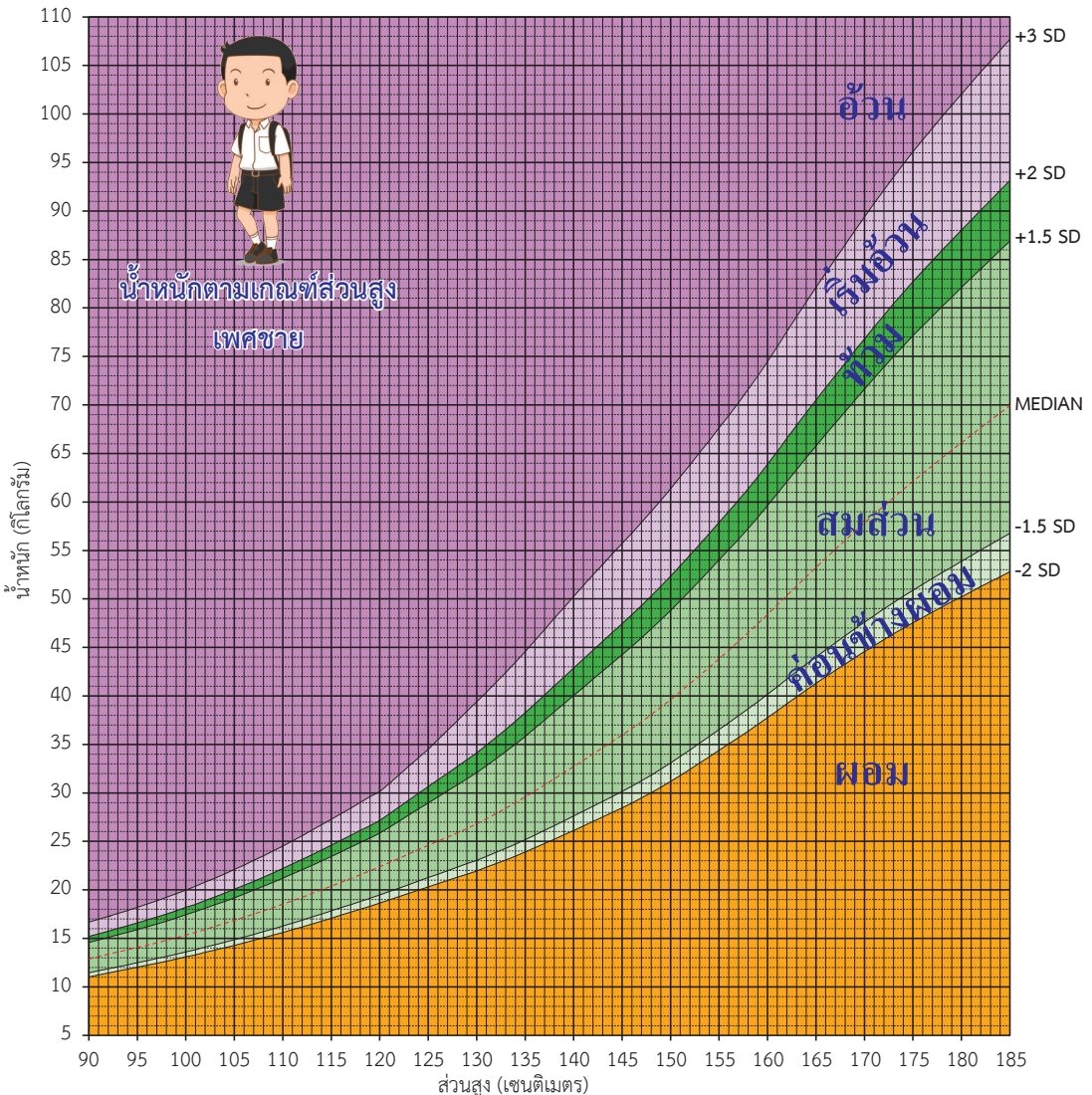
แบ่งภาวะการเจริญเติบโตเป็น 5 ระดับ คือ

- 1) เตี้ย หมายถึง ขาดอาหารเรื้อรัง ได้รับอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลานาน ทำให้ส่วนสูงเพิ่มขึ้นน้อยหรือไม่เพิ่ม ส่งผลให้สติปัญญาต่ำ ควรแก้ไขอย่างเร่งด่วน
- 2) ค่อนข้างเตี้ย หมายถึง เสี่ยงต่อการขาดอาหารเรื้อรัง หากไม่แก้ไข ส่วนสูงจะเพิ่มขึ้นน้อยหรือไม่เพิ่ม เป็นเด็กเตี้ยได้
- 3) สูงตามเกณฑ์ หมายถึง การเจริญเติบโตดี เด็กได้รับอาหารเพียงพอ เป็นผลให้มีระดับสติปัญญาดี
- 4) ค่อนข้างสูง หมายถึง การเจริญเติบโตดีมาก เป็นผลให้มีระดับสติปัญญาดี
- 5) สูง หมายถึง การเจริญเติบโตดีมาก เป็นผลให้มีระดับสติปัญญาดี

ข้อมูล: การจัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 5 - 19 ปี  
สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2563

จัดทำและเผยแพร่โดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2564

## กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 - 19 ปี เพศชาย



**วิธีการอ่านกราฟ**

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง แสดงความอ้วน-ผอม

ดูส่วนสูงตามแนวนอนว่าอยู่ที่จุดใด แล้วไล่ขึ้นตามแนวตั้งว่าตรงกับน้ำหนักที่จุดใด อ่านผลตามเกณฑ์นั้น :

**อ้วน เริ่มอ้วน ท้วม สมส่วน**

**ค่อนข้างผอม** ผอม

**การแปลผลจากกราฟ**

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เป็นดัชนีบ่งชี้ว่าน้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูงหรือไม่ สามารถแปลผลภาวะโภชนาการได้ โดยไม่ต้องทราบอายุ ถ้าร่างกายขาดอาหารระยะสั้นในปัจจุบันหรือเกิดเจ็บป่วย ร่างกายจะผอม น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงจะมีค่าน้อยกว่าปกติ แต่ถ้าได้รับอาหารเกินความต้องการของร่างกาย น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงจะเป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะเริ่มอ้วน หรืออ้วนได้ดี

**การแปลผลภาวะการเจริญเติบโต**

แบ่งภาวะการเจริญเติบโตเป็น 6 ระดับ คือ

- 1) ผอม หมายถึง ขาดอาหารระยะสั้น
- 2) ค่อนข้างผอม หมายถึง เสี่ยงต่อการขาดอาหาร เป็นการเตือนให้ระวัง
- 3) สมส่วน หมายถึง การเจริญเติบโตดี แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง
- 4) ท้วม หมายถึง เสี่ยงต่อการมีภาวะอ้วน หากไม่ดูแลน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นอยู่ในภาวะเริ่มอ้วน
- 5) เริ่มอ้วน หมายถึง น้ำหนักมากก่อนเกิดภาวะอ้วนชัดเจน เด็กมีโอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่อ้วนในอนาคต
- 6) อ้วน หมายถึง ภาวะอ้วนชัดเจน มีน้ำหนักมากเกินไปเด็กมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่อ้วน เสี่ยงโรคในอนาคต หากไม่ควบคุมน้ำหนัก

ข้อมูล: การจัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 5 - 19 ปี  
สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2563

จัดทำและเผยแพร่โดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2564





# ตอนที่ 5-11

บันทึกโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / ครูอนามัย



## ตอนที่ 6 แบบประเมินภาวะซีด

ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....
ข้อมูลภาวะซีด <input type="checkbox"/> ไม่ซีด <input type="checkbox"/> ซีด ระบุ.....	ข้อมูลภาวะซีด <input type="checkbox"/> ไม่ซีด <input type="checkbox"/> ซีด ระบุ.....	ข้อมูลภาวะซีด <input type="checkbox"/> ไม่ซีด <input type="checkbox"/> ซีด ระบุ.....	ข้อมูลภาวะซีด <input type="checkbox"/> ไม่ซีด <input type="checkbox"/> ซีด ระบุ.....	ข้อมูลภาวะซีด <input type="checkbox"/> ไม่ซีด <input type="checkbox"/> ซีด ระบุ.....

หมายเหตุ - เกณฑ์ปกติของค่าความเข้มข้นของเลือด

เด็กอายุ 6-59 เดือน	Hct < ร้อยละ 33
เด็กอายุ 5-11 ปี	Hct < ร้อยละ 34
เด็กอายุ 12-14 ปี	Hct < ร้อยละ 36
ผู้หญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป	Hct < ร้อยละ 36
ผู้ชายอายุ 15 ปีขึ้นไป	Hct < ร้อยละ 39
หญิงตั้งครรภ์	Hct < ร้อยละ 33
หญิงให้นมบุตร	Hct < ร้อยละ 36





## ตอนที่ 9 แบบการตรวจสอบภาพร่างกาย

	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....
ลักษณะทั่วไป (GA)	เส้นผม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> เหน่า <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ผิวหน้า <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> หิด <input type="checkbox"/> กลาก เลื่อน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	เส้นผม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> เหน่า <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ผิวหน้า <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> หิด <input type="checkbox"/> กลาก เลื่อน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	เส้นผม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> เหน่า <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ผิวหน้า <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> หิด <input type="checkbox"/> กลาก เลื่อน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	เส้นผม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> เหน่า <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ผิวหน้า <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> หิด <input type="checkbox"/> กลาก เลื่อน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	เส้นผม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> เหน่า <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ผิวหน้า <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> หิด <input type="checkbox"/> กลาก เลื่อน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
ศีรษะและคอ	ภาวะซีด <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ตรวจตาขามีสีเหลือง <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ตรวจพบต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ระบบต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ	ภาวะซีด <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ตรวจตาขามีสีเหลือง <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ตรวจพบต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ระบบต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ	ภาวะซีด <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ตรวจตาขามีสีเหลือง <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ตรวจพบต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ระบบต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ	ภาวะซีด <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ตรวจตาขามีสีเหลือง <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ตรวจพบต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ระบบต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ	ภาวะซีด <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ตรวจตาขามีสีเหลือง <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ตรวจพบต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ระบบต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ
ระบบหัวใจและ การไหลเวียนเลือด	คลื่นชีพจร <input type="checkbox"/> สม่าเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่สม่าเสมอ ฟังเสียงหัวใจ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ	คลื่นชีพจร <input type="checkbox"/> สม่าเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่สม่าเสมอ ฟังเสียงหัวใจ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ	คลื่นชีพจร <input type="checkbox"/> สม่าเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่สม่าเสมอ ฟังเสียงหัวใจ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ	คลื่นชีพจร <input type="checkbox"/> สม่าเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่สม่าเสมอ ฟังเสียงหัวใจ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ	คลื่นชีพจร <input type="checkbox"/> สม่าเสมอ <input type="checkbox"/> ไม่สม่าเสมอ ฟังเสียงหัวใจ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ
กตเจ็บที่ท้อง	กตเจ็บที่ท้อง <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ	กตเจ็บที่ท้อง <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ	กตเจ็บที่ท้อง <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ	กตเจ็บที่ท้อง <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ	กตเจ็บที่ท้อง <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ



## ตอนที่ 10 แบบประเมินสุขภาพช่องปากและฟัน

(กรุณาถ่ายเอกสารและแจ้งผลการตรวจสุขภาพแก่ผู้ปกครองทุกปีการศึกษา หรือทุกครั้งที่มีการพานักเรียนไปรับบริการทางทันตกรรม เพื่อติดตามผลการรับบริการทางทันตกรรม)

ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....																								
<p><b>สภาวะช่องปาก</b></p> <p>จำนวนฟันทั้งหมด: น้ามน.....ซี่ ถาวร.....ซี่ มีฟันผุ: น้ามน.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p>เหงือก: <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> อักเสบ <input type="radio"/> บวม ระบุสาเหตุ (เช่น ซึ่ชยา).....</p> <p>หินน้ำลาย: <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี</p> <p><b>การทำความสะอาด:</b></p> <p><input type="radio"/> ดี <input type="radio"/> พอใช้ <input type="radio"/> ควรปรับปรุง อื่น ๆ: ระบุ.....</p> <p><b>การรักษาที่จำเป็น</b></p> <p><input type="radio"/> เร่งด่วน/ฉุกเฉิน: ระบุ.....</p> <p><input type="radio"/> อุดฟัน: น้ามน.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p><input type="radio"/> ขูดหินน้ำลาย</p> <p><input type="radio"/> ถอนฟัน: น้ามน.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p><input type="radio"/> ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ได้แก่.....</p> <p><input type="radio"/> อื่น ๆ: ระบุ.....</p> <p><input type="radio"/> ไม่สามารถตรวจได้ แนะนำให้ปรึกษา ทันตแพทย์ที่โรงพยาบาล .....ลงชื่อผู้ตรวจ วันที่ตรวจ...../...../.....</p> <p>*หมายเหตุ: เป็นผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ในโรงเรียนเท่านั้น ผู้ให้บริการควรตรวจเพิ่มเติม เพื่อวางแผนการรักษา</p>	<p><b>สภาวะช่องปาก</b></p> <p>จำนวนฟันทั้งหมด: น้ามน.....ซี่ ถาวร.....ซี่ มีฟันผุ: น้ามน.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p>เหงือก: <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> อักเสบ <input type="radio"/> บวม ระบุสาเหตุ (เช่น ซึ่ชยา).....</p> <p>หินน้ำลาย: <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี</p> <p><b>การทำความสะอาด:</b></p> <p><input type="radio"/> ดี <input type="radio"/> พอใช้ <input type="radio"/> ควรปรับปรุง อื่น ๆ: ระบุ.....</p> <p><b>การรักษาที่จำเป็น</b></p> <p><input type="radio"/> เร่งด่วน/ฉุกเฉิน: ระบุ.....</p> <p><input type="radio"/> อุดฟัน: น้ามน.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p><input type="radio"/> ขูดหินน้ำลาย</p> <p><input type="radio"/> ถอนฟัน: น้ามน.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p><input type="radio"/> ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ได้แก่.....</p> <p><input type="radio"/> อื่น ๆ: ระบุ.....</p> <p><input type="radio"/> ไม่สามารถตรวจได้ แนะนำให้ปรึกษา ทันตแพทย์ที่โรงพยาบาล .....ลงชื่อผู้ตรวจ วันที่ตรวจ...../...../.....</p> <p>*หมายเหตุ: เป็นผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ในโรงเรียนเท่านั้น ผู้ให้บริการควรตรวจเพิ่มเติม เพื่อวางแผนการรักษา</p>	<p><b>สภาวะช่องปาก</b></p> <p>จำนวนฟันทั้งหมด: น้ามน.....ซี่ ถาวร.....ซี่ มีฟันผุ: น้ามน.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p>เหงือก: <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> อักเสบ <input type="radio"/> บวม ระบุสาเหตุ (เช่น ซึ่ชยา).....</p> <p>หินน้ำลาย: <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี</p> <p><b>การทำความสะอาด:</b></p> <p><input type="radio"/> ดี <input type="radio"/> พอใช้ <input type="radio"/> ควรปรับปรุง อื่น ๆ: ระบุ.....</p> <p><b>การรักษาที่จำเป็น</b></p> <p><input type="radio"/> เร่งด่วน/ฉุกเฉิน: ระบุ.....</p> <p><input type="radio"/> อุดฟัน: น้ามน.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p><input type="radio"/> ขูดหินน้ำลาย</p> <p><input type="radio"/> ถอนฟัน: น้ามน.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p><input type="radio"/> ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ได้แก่.....</p> <p><input type="radio"/> อื่น ๆ: ระบุ.....</p> <p><input type="radio"/> ไม่สามารถตรวจได้ แนะนำให้ปรึกษา ทันตแพทย์ที่โรงพยาบาล .....ลงชื่อผู้ตรวจ วันที่ตรวจ...../...../.....</p> <p>*หมายเหตุ: เป็นผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ในโรงเรียนเท่านั้น ผู้ให้บริการควรตรวจเพิ่มเติม เพื่อวางแผนการรักษา</p>																								
ติดตามการรับบริการทางทันตกรรม (สำหรับผู้ใช้บริการทันตกรรม)	ติดตามการรับบริการทางทันตกรรม (สำหรับผู้ใช้บริการทันตกรรม)	ติดตามการรับบริการทางทันตกรรม (สำหรับผู้ใช้บริการทันตกรรม)																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>วันที่</th> <th>สถานที่</th> <th>ชื่อฟัน</th> <th>บริการที่ได้รับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	วันที่	สถานที่	ชื่อฟัน	บริการที่ได้รับ					<table border="1"> <thead> <tr> <th>วันที่</th> <th>สถานที่</th> <th>ชื่อฟัน</th> <th>บริการที่ได้รับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	วันที่	สถานที่	ชื่อฟัน	บริการที่ได้รับ					<table border="1"> <thead> <tr> <th>วันที่</th> <th>สถานที่</th> <th>ชื่อฟัน</th> <th>บริการที่ได้รับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	วันที่	สถานที่	ชื่อฟัน	บริการที่ได้รับ				
วันที่	สถานที่	ชื่อฟัน	บริการที่ได้รับ																							
วันที่	สถานที่	ชื่อฟัน	บริการที่ได้รับ																							
วันที่	สถานที่	ชื่อฟัน	บริการที่ได้รับ																							

## ตอนที่ 10 แบบประเมินสุขภาพช่องปากและฟัน (ต่อ)

(กรุณาถ่ายเอกสารและแจ้งผลการตรวจสุขภาพแก่ผู้ปกครองทุกปีการศึกษา หรือทุกครั้งที่มีการพานักเรียนไปรับบริการทางทันตกรรม เพื่อติดตามผลการรับบริการทางทันตกรรม)

ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....	ปีการศึกษา 25.....																								
<p><b>สภาวะช่องปาก</b></p> <p>จำนวนฟันทั้งหมด: น้านม.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p>มีฟันผุ: น้านม.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p>เหงือก: <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> อักเสบ <input type="radio"/> บวม</p> <p>ระบุสาเหตุ (เช่น ซึ่ช้อย).....</p> <p>หินน้ำลาย: <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี</p> <p><b>การทำความสะดวก:</b></p> <p><input type="radio"/> ดี <input type="radio"/> พอใช้ <input type="radio"/> ควรปรับปรุง</p> <p>อื่น ๆ: ระบุ.....</p> <p><b>การรักษาที่จำเป็น</b></p> <p><input type="radio"/> เร่งด่วน/ฉุกเฉิน: ระบุ.....</p> <p><input type="radio"/> อุดฟัน: น้านม.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p><input type="radio"/> ขูดหินน้ำลาย</p> <p><input type="radio"/> ถอนฟัน: น้านม.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p><input type="radio"/> ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ได้แก่.....</p> <p><input type="radio"/> อื่น ๆ: ระบุ.....</p> <p><input type="radio"/> ไม่สามารถตรวจได้ แนะนำให้ปรึกษาทันตแพทย์ที่โรงพยาบาล</p> <p>.....ลงชื่อผู้ตรวจ</p> <p>วันที่ตรวจ...../...../.....</p> <p>*หมายเหตุ: เป็นผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ในโรงเรียนเท่านั้น ผู้ให้บริการควรตรวจเพิ่มเติม เพื่อวางแผนการรักษา</p>	<p><b>สภาวะช่องปาก</b></p> <p>จำนวนฟันทั้งหมด: น้านม.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p>มีฟันผุ: น้านม.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p>เหงือก: <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> อักเสบ <input type="radio"/> บวม</p> <p>ระบุสาเหตุ (เช่น ซึ่ช้อย).....</p> <p>หินน้ำลาย: <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี</p> <p><b>การทำความสะดวก:</b></p> <p><input type="radio"/> ดี <input type="radio"/> พอใช้ <input type="radio"/> ควรปรับปรุง</p> <p>อื่น ๆ: ระบุ.....</p> <p><b>การรักษาที่จำเป็น</b></p> <p><input type="radio"/> เร่งด่วน/ฉุกเฉิน: ระบุ.....</p> <p><input type="radio"/> อุดฟัน: น้านม.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p><input type="radio"/> ขูดหินน้ำลาย</p> <p><input type="radio"/> ถอนฟัน: น้านม.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p><input type="radio"/> ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ได้แก่.....</p> <p><input type="radio"/> อื่น ๆ: ระบุ.....</p> <p><input type="radio"/> ไม่สามารถตรวจได้ แนะนำให้ปรึกษาทันตแพทย์ที่โรงพยาบาล</p> <p>.....ลงชื่อผู้ตรวจ</p> <p>วันที่ตรวจ...../...../.....</p> <p>*หมายเหตุ: เป็นผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ในโรงเรียนเท่านั้น ผู้ให้บริการควรตรวจเพิ่มเติม เพื่อวางแผนการรักษา</p>	<p><b>สภาวะช่องปาก</b></p> <p>จำนวนฟันทั้งหมด: น้านม.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p>มีฟันผุ: น้านม.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p>เหงือก: <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> อักเสบ <input type="radio"/> บวม</p> <p>ระบุสาเหตุ (เช่น ซึ่ช้อย).....</p> <p>หินน้ำลาย: <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี</p> <p><b>การทำความสะดวก:</b></p> <p><input type="radio"/> ดี <input type="radio"/> พอใช้ <input type="radio"/> ควรปรับปรุง</p> <p>อื่น ๆ: ระบุ.....</p> <p><b>การรักษาที่จำเป็น</b></p> <p><input type="radio"/> เร่งด่วน/ฉุกเฉิน: ระบุ.....</p> <p><input type="radio"/> อุดฟัน: น้านม.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p><input type="radio"/> ขูดหินน้ำลาย</p> <p><input type="radio"/> ถอนฟัน: น้านม.....ซี่ ถาวร.....ซี่</p> <p><input type="radio"/> ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ได้แก่.....</p> <p><input type="radio"/> อื่น ๆ: ระบุ.....</p> <p><input type="radio"/> ไม่สามารถตรวจได้ แนะนำให้ปรึกษาทันตแพทย์ที่โรงพยาบาล</p> <p>.....ลงชื่อผู้ตรวจ</p> <p>วันที่ตรวจ...../...../.....</p> <p>*หมายเหตุ: เป็นผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ในโรงเรียนเท่านั้น ผู้ให้บริการควรตรวจเพิ่มเติม เพื่อวางแผนการรักษา</p>																								
ติดตามการรับบริการทางทันตกรรม (สำหรับผู้ใช้บริการทันตกรรม)	ติดตามการรับบริการทางทันตกรรม (สำหรับผู้ใช้บริการทันตกรรม)	ติดตามการรับบริการทางทันตกรรม (สำหรับผู้ใช้บริการทันตกรรม)																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>วันที่</th> <th>สถานที่</th> <th>ซี่ฟัน</th> <th>บริการที่ได้รับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	วันที่	สถานที่	ซี่ฟัน	บริการที่ได้รับ					<table border="1"> <thead> <tr> <th>วันที่</th> <th>สถานที่</th> <th>ซี่ฟัน</th> <th>บริการที่ได้รับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	วันที่	สถานที่	ซี่ฟัน	บริการที่ได้รับ					<table border="1"> <thead> <tr> <th>วันที่</th> <th>สถานที่</th> <th>ซี่ฟัน</th> <th>บริการที่ได้รับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	วันที่	สถานที่	ซี่ฟัน	บริการที่ได้รับ				
วันที่	สถานที่	ซี่ฟัน	บริการที่ได้รับ																							
วันที่	สถานที่	ซี่ฟัน	บริการที่ได้รับ																							
วันที่	สถานที่	ซี่ฟัน	บริการที่ได้รับ																							

## ตอนที่ 11 แบบแบบสรุปผลการประเมินสุขภาพเพื่อส่งต่อระบบสาธารณสุข (กรณีเร่งด่วนภายใน 1 สัปดาห์)

### แบบสรุปผลการประเมินสุขภาพประจำปีการศึกษา 25 .....

ในกรณีนักเรียนควรได้รับการประเมินสุขภาพเพิ่มเติม โดยผู้เชี่ยวชาญอย่าง เร่งด่วน (ภายใน 1 สัปดาห์)

เนื่องด้วยโรงเรียน..... ได้ดำเนินการประเมินสุขภาพนักเรียน

ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 25.....

พบว่า ด.ช./ ด.ญ./ นาย/ นางสาว .....

มีปัญหาทางสุขภาพซึ่งมีความจำเป็นต้องตรวจประเมินเพิ่มเติมโดยผู้เชี่ยวชาญอย่างเร่งด่วน (ภายใน 1 สัปดาห์) ดังต่อไปนี้

มีปัญหาสุขภาพร่างกายที่อาจจะเกิดจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนี้

- ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา มีอาการผิดปกติทางกาย/จิต ได้แก่
- ระบบทางเดินหายใจ มีอาการไอเป็นเลือดหรืออาการหายใจไม่สะดวก/หอบเหนื่อยหรือมีเสียงฮืดๆ/หวีด เวลาหายใจ
  - ระบบหัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอกหรือหัวใจเต้นผิดปกติหงุดหงิด หรือนอนราบไม่ได้/เหนื่อยเวลานอนราบ หรือ ซีด เขียว คล้ำ
  - ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอาการถ่ายเป็นสีดำหรือมีเลือดปนในอุจจาระ (ไม่ได้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอยู่)
  - ระบบทางเดินปัสสาวะ มีเลือดปนในปัสสาวะ
  - ระบบประสาท มีอาการเดินไม่มั่นคงหรือแขนขาอ่อนแรง หรือมีอาการชัก (ไม่มีประวัติโรคลมชักมาก่อน)
  - อาการทางจิตเวช พฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สิน หรือมีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
  - มีภาวะความดันโลหิตสูงค่อนข้างรุนแรง BP > 160/100 mmHg.
  - มีความเข้มข้นของระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) ต่ำ (O2 sat < 90 %)
  - จากการตรวจสุขภาพร่างกายพบความผิดปกติ ดังนี้ .....

อื่นๆ .....

สรุปความเห็นแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ส่วนนี้กรรณาดำเนินการผู้ปกครองหรือครูที่นำเด็กมาตรวจ)

ได้มารับบริการตรวจสุขภาพแล้วในวันที่ .....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง..... สถานพยาบาล.....

หมายเหตุ: .....

.....

.....

## ตอนที่ 11 แบบแบบสรุปผลการประเมินสุขภาพเพื่อส่งต่อระบบสาธารณสุข (กรณีเร่งด่วนภายใน 1 สัปดาห์)

### แบบสรุปผลการประเมินสุขภาพประจำปีการศึกษา 25 .....

ในกรณีนี้นักเรียนควรได้รับการประเมินสุขภาพเพิ่มเติม โดยผู้เชี่ยวชาญอย่าง เร่งด่วน (ภายใน 1 สัปดาห์)

เนื่องด้วยโรงเรียน..... ได้ดำเนินการประเมินสุขภาพนักเรียน

ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 25.....

พบว่า ด.ช./ ด.ญ./ นาย/ นางสาว .....

มีปัญหาทางสุขภาพซึ่งมีความจำเป็นต้องตรวจประเมินเพิ่มเติมโดยผู้เชี่ยวชาญเร่งด่วน (ภายใน 1 สัปดาห์) ดังต่อไปนี้

มีปัญหาสุขภาพร่างกายที่อาจจะเกิดจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนี้

- ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา มีอาการผิดปกติทางกาย/จิต ได้แก่
- ระบบทางเดินหายใจ มีอาการไอเป็นเลือดหรืออาการหายใจไม่สะดวก/หอบเหนื่อยหรือมีเสียงฮืดๆ/หวีด เวลาหายใจ
  - ระบบหัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอกหรือหัวใจเต้นผิดปกติ จังหวะ หรือนอนราบไม่ได้/เหนื่อยเวลานอนราบ หรือ ซีด เขียว คล้ำ
  - ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอาการถ่ายเป็นสีดำหรือมีเลือดปนในอุจจาระ (ไม่ได้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอยู่)
  - ระบบทางเดินปัสสาวะ มีเลือดปนในปัสสาวะ
  - ระบบประสาท มีอาการเดินไม่มั่นคงหรือแขนขาอ่อนแรง หรือมีอาการชัก (ไม่มีประวัติโรคลมชักมาก่อน)
  - อากาศทางจิตเวช พฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สิน หรือมีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
  - มีภาวะความดันโลหิตสูงค่อนข้างรุนแรง BP > 160/100 mmHg.
  - มีความเข้มข้นของระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) ต่ำ (O2 sat < 90 %)
  - จากการตรวจสุขภาพร่างกายพบความผิดปกติ ดังนี้ .....
- อื่นๆ .....

สรุปความเห็นแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ส่วนนี้กรุณาฉีกคืนผู้ปกครองหรือครูที่นำเด็กมาตรวจ)

ได้มารับบริการตรวจสุขภาพแล้วในวันที่ .....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง..... สถานพยาบาล.....

หมายเหตุ: .....

.....

.....

## ตอนที่ 11 แบบแบบสรุปผลการประเมินสุขภาพเพื่อส่งต่อระบบสาธารณสุข (กรณีเร่งด่วนภายใน 1 สัปดาห์)

### แบบสรุปผลการประเมินสุขภาพประจำปีการศึกษา 25 .....

ในกรณีนักเรียนควรได้รับการประเมินสุขภาพเพิ่มเติม โดยผู้เชี่ยวชาญอย่าง เร่งด่วน (ภายใน 1 สัปดาห์)

เนื่องด้วยโรงเรียน..... ได้ดำเนินการประเมินสุขภาพนักเรียน

ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 25.....

พบว่า ด.ช./ ด.ญ./ นาย/ นางสาว .....

มีปัญหาทางสุขภาพซึ่งมีความจำเป็นต้องตรวจประเมินเพิ่มเติมโดยผู้เชี่ยวชาญอย่างเร่งด่วน (ภายใน 1 สัปดาห์) ดังต่อไปนี้

มีปัญหาสุขภาพร่างกายที่อาจจะเกิดจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนี้

- ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา มีอาการผิดปกติทางกาย/จิต ได้แก่
- ระบบทางเดินหายใจ มีอาการไอเป็นเลือดหรืออาการหายใจไม่สะดวก/หอบเหนื่อยหรือมีเสียงฮืดๆ/หวีด เวลาหายใจ
  - ระบบหัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอกหรือหัวใจเต้นผิดปกติหงุดหงิด หรือนอนราบไม่ได้/เหนื่อยเวลานอนราบ หรือ ซีด เขียว คล้ำ
  - ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอาการถ่ายเป็นสีดำหรือมีเลือดปนในอุจจาระ (ไม่ได้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอยู่)
  - ระบบทางเดินปัสสาวะ มีเลือดปนในปัสสาวะ
  - ระบบประสาท มีอาการเดินไม่มั่นคงหรือแขนขาอ่อนแรง หรือมีอาการชัก (ไม่มีประวัติโรคลมชักมาก่อน)
  - อาการทางจิตเวช พฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สิน หรือมีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
  - มีภาวะความดันโลหิตสูงค่อนข้างรุนแรง BP > 160/100 mmHg.
  - มีความเข้มข้นของระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) ต่ำ (O2 sat < 90 %)
  - จากการตรวจสุขภาพร่างกายพบความผิดปกติ ดังนี้ .....

อื่นๆ .....

สรุปความเห็นแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ส่วนนี้กรรณาดำเนินการผู้ปกครองหรือครูที่นำเด็กมาตรวจ)

ได้มารับบริการตรวจสุขภาพแล้วในวันที่ .....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง..... สถานพยาบาล.....

หมายเหตุ: .....

.....

.....

## ตอนที่ 11 แบบแบบสรุปผลการประเมินสุขภาพเพื่อส่งต่อระบบสาธารณสุข (กรณีเร่งด่วนภายใน 1 สัปดาห์)

### แบบสรุปผลการประเมินสุขภาพประจำปีการศึกษา 25 .....

ในกรณีนักเรียนควรได้รับการประเมินสุขภาพเพิ่มเติม โดยผู้เชี่ยวชาญอย่าง เร่งด่วน (ภายใน 1 สัปดาห์)

เนื่องด้วยโรงเรียน..... ได้ดำเนินการประเมินสุขภาพนักเรียน

ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 25.....

พบว่า ด.ช./ ด.ญ./ นาย/ นางสาว .....

มีปัญหาทางสุขภาพซึ่งมีความจำเป็นต้องตรวจประเมินเพิ่มเติมโดยผู้เชี่ยวชาญเร่งด่วน (ภายใน 1 สัปดาห์) ดังต่อไปนี้

มีปัญหาสุขภาพร่างกายที่อาจจะเกิดจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนี้

- ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา มีอาการผิดปกติทางกาย/จิต ได้แก่
- ระบบทางเดินหายใจ มีอาการไอเป็นเลือดหรืออาการหายใจไม่สะดวก/หอบเหนื่อยหรือมีเสียงฮืดๆ/หวีด เวลาหายใจ
  - ระบบหัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอกหรือหัวใจเต้นผิดปกติ จังหวะ หรือนอนราบไม่ได้/เหนื่อยเวลานอนราบ หรือ ซีด เขียว คล้ำ
  - ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอาการถ่ายเป็นสีดำหรือมีเลือดปนในอุจจาระ (ไม่ได้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอยู่)
  - ระบบทางเดินปัสสาวะ มีเลือดปนในปัสสาวะ
  - ระบบประสาท มีอาการเดินไม่มั่นคงหรือแขนขาอ่อนแรง หรือมีอาการชัก (ไม่มีประวัติโรคลมชักมาก่อน)
  - อากาศทางจิตเวช พฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สิน หรือมีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
  - มีภาวะความดันโลหิตสูงค่อนข้างรุนแรง BP > 160/100 mmHg.
  - มีความเข้มข้นของระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) ต่ำ (O2 sat < 90 %)
  - จากการตรวจสุขภาพร่างกายพบความผิดปกติ ดังนี้ .....
- อื่นๆ .....

สรุปความเห็นแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ส่วนนี้กรุณาฉีกคืนผู้ปกครองหรือครูที่นำเด็กมาตรวจ)

ได้มารับบริการตรวจสุขภาพแล้วในวันที่ .....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง..... สถานพยาบาล.....

หมายเหตุ: .....

.....

.....

## ตอนที่ 11 แบบแบบสรุปผลการประเมินสุขภาพเพื่อส่งต่อระบบสาธารณสุข (กรณีเร่งด่วนภายใน 1 สัปดาห์)

### แบบสรุปผลการประเมินสุขภาพประจำปีการศึกษา 25 .....

ในกรณีนักเรียนควรได้รับการประเมินสุขภาพเพิ่มเติม โดยผู้เชี่ยวชาญอย่าง เร่งด่วน (ภายใน 1 สัปดาห์)

เนื่องด้วยโรงเรียน..... ได้ดำเนินการประเมินสุขภาพนักเรียน

ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 25.....

พบว่า ด.ช./ ด.ญ./ นาย/ นางสาว .....

มีปัญหาทางสุขภาพซึ่งมีความจำเป็นต้องตรวจประเมินเพิ่มเติมโดยผู้เชี่ยวชาญอย่างเร่งด่วน (ภายใน 1 สัปดาห์) ดังต่อไปนี้

มีปัญหาสุขภาพร่างกายที่อาจจะเกิดจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนี้

- ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา มีอาการผิดปกติทางกาย/จิต ได้แก่
- ระบบทางเดินหายใจ มีอาการไอเป็นเลือดหรืออาการหายใจไม่สะดวก/หอบเหนื่อยหรือมีเสียงฮืดๆ/หวีด เวลาหายใจ
  - ระบบหัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอกหรือหัวใจเต้นผิดปกติหงุดหงิด หรือนอนราบไม่ได้/เหนื่อยเวลานอนราบ หรือ ซีด เขียว คล้ำ
  - ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอาการถ่ายเป็นสีดำหรือมีเลือดปนในอุจจาระ (ไม่ได้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอยู่)
  - ระบบทางเดินปัสสาวะ มีเลือดปนในปัสสาวะ
  - ระบบประสาท มีอาการเดินไม่มั่นคงหรือแขนขาอ่อนแรง หรือมีอาการชัก (ไม่มีประวัติโรคลมชักมาก่อน)
  - อาการทางจิตเวช พฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สิน หรือมีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
  - มีภาวะความดันโลหิตสูงค่อนข้างรุนแรง BP > 160/100 mmHg.
  - มีความเข้มข้นของระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) ต่ำ (O2 sat < 90 %)
  - จากการตรวจสุขภาพร่างกายพบความผิดปกติ ดังนี้ .....

- อื่นๆ .....
- สรุปความเห็นแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ส่วนนี้กรรณาดำเนินการผู้ปกครองหรือครูที่นำเด็กมาตรวจ)

ได้มารับบริการตรวจสุขภาพแล้วในวันที่ .....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง..... สถานพยาบาล.....

หมายเหตุ: .....

.....

.....

## ตอนที่ 11 แบบแบบสรุปผลการประเมินสุขภาพเพื่อส่งต่อระบบสาธารณสุข (กรณีเร่งด่วนภายใน 1 สัปดาห์)

### แบบสรุปผลการประเมินสุขภาพประจำปีการศึกษา 25 .....

ในกรณีนักเรียนควรได้รับการประเมินสุขภาพเพิ่มเติม โดยผู้เชี่ยวชาญอย่าง เร่งด่วน (ภายใน 1 สัปดาห์)

เนื่องด้วยโรงเรียน..... ได้ดำเนินการประเมินสุขภาพนักเรียน

ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 25.....

พบว่า ด.ช./ ด.ญ./ นาย/ นางสาว .....

มีปัญหาทางสุขภาพซึ่งมีความจำเป็นต้องตรวจประเมินเพิ่มเติมโดยผู้เชี่ยวชาญเร่งด่วน (ภายใน 1 สัปดาห์) ดังต่อไปนี้

มีปัญหาสุขภาพร่างกายที่อาจจะเกิดจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนี้

- ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา มีอาการผิดปกติทางกาย/จิต ได้แก่
- ระบบทางเดินหายใจ มีอาการไอเป็นเลือดหรืออาการหายใจไม่สะดวก/หอบเหนื่อยหรือมีเสียงฮืดๆ/หวีด เวลาหายใจ
  - ระบบหัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอกหรือหัวใจเต้นผิดปกติ จังหวะ หรือนอนราบไม่ได้/เหนื่อยเวลานอนราบ หรือ ซีด เขียว คล้ำ
  - ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอาการถ่ายเป็นสีดำหรือมีเลือดปนในอุจจาระ (ไม่ได้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอยู่)
  - ระบบทางเดินปัสสาวะ มีเลือดปนในปัสสาวะ
  - ระบบประสาท มีอาการเดินไม่มั่นคงหรือแขนขาอ่อนแรง หรือมีอาการชัก (ไม่มีประวัติโรคลมชักมาก่อน)
  - อากาศทางจิตเวช พฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สิน หรือมีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
  - มีภาวะความดันโลหิตสูงค่อนข้างรุนแรง BP > 160/100 mmHg.
  - มีความเข้มข้นของระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) ต่ำ (O2 sat < 90 %)
  - จากการตรวจสุขภาพร่างกายพบความผิดปกติ ดังนี้ .....
- อื่นๆ .....

สรุปความเห็นแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ส่วนนี้กรุณาฉีกคืนผู้ปกครองหรือครูที่นำเด็กมาตรวจ)

ได้มารับบริการตรวจสุขภาพแล้วในวันที่ .....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง..... สถานพยาบาล.....

หมายเหตุ: .....

.....

.....

## ตอนที่ 11 แบบแบบสรุปผลการประเมินสุขภาพเพื่อส่งต่อระบบสาธารณสุข (กรณีไม่เร่งด่วนภายใน 6 เดือน)

ในกรณีนักเรียนควรได้รับการประเมินสุขภาพเพิ่มเติม โดยผู้เชี่ยวชาญ ไม่เร่งด่วน

เนื่องด้วยโรงเรียน..... ได้ดำเนินการประเมินสุขภาพนักเรียน

ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 25 .....

พบว่า ด.ช./ ด.ญ./ นาย/ นางสาว .....

มีประวัติสุขภาพซึ่งควรได้รับการตรวจประเมินเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

- มีประวัติได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ควรได้รับการประเมินและรับวัคซีนเพิ่มเติม
- เป็นดาวนซินโดรม โดย
- ไม่เคยได้รับการตรวจประเมินโรคหัวใจซึ่งควรได้รับการประเมินอย่างละเอียดอย่างน้อย 1 ครั้ง
  - ไม่มีประวัติการประเมินความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ในช่วง 1-3 ปีที่ผ่านมาซึ่งควรได้รับการเจาะเลือดเพื่อประเมินการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างน้อย 1 ครั้งทุก 1 ปี
- ในนักเรียนหญิงที่มีประจำเดือนแล้ว ควรได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยและการวางแผนคุมกำเนิด ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา มีอาการผิดปกติทางกาย /จิต ได้แก่
- ระบบหัวใจ มีอาการ บวมที่ข้อเท้า
- ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอาการ น้ำหนักลด หรือกลืนลำบาก หรืออาเจียนเรื้อรัง ปวดเสบปวดร้อน บริเวณหน้าอก หรือท้องเสียเรื้อรัง หรือ ท้องผูกเรื้อรัง หรือ กลั้นอุจจาระไม่ได้ หรือ ปวดท้องเรื้อรัง
- ระบบทางเดินปัสสาวะ มีอาการ ปัสสาวะแสบขัดหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือปัสสาวะบ่อย/ปริมาณมากขึ้นกว่าปกติ
- อาการทางจิตเวช มีอาการ กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่งมากขึ้นกว่าเดิมหรือมีอาการทางเพศมากขึ้นหรือแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะหรือแยกตัวมากขึ้นหรือมีพฤติกรรมลดถอยการช่วยเหลือตัวเองแย่งลงหรือการนอนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือพฤติกรรมต่อต้านมากขึ้นหรือมีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย(กรณีไม่ได้เป็นออทิสติก)
- จากการประเมินการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมีความผิดปกติ อยู่ในช่วง  อ้วน  ผอม
- จากการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า
- มีแนวโน้มต่อภาวะความดันโลหิตผิดปกติ ได้แก่
- ความดันโลหิตสูง BP > 140/90 mmHg.
  - ความดันโลหิตต่ำ BP < 80/50 mmHg.
- อัตราชีพจร เร็วกว่าปกติชีพจร > 120 ครั้ง/นาที
- มีแนวโน้มต่อสายตาผิดปกติ
- จากการตรวจสุขภาพร่างกายพบความผิดปกติดังนี้.....
- อื่นๆ .....
- สรุปความเห็นแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ.....
- .....

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ส่วนนี้กรุณาฉีกคืนผู้ปกครองหรือครูที่นำเด็กมาตรวจ)

ได้มารับบริการตรวจสุขภาพแล้วในวันที่ .....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง..... สถานพยาบาล .....

หมายเหตุ .....

.....

## ตอนที่ 11 แบบแบบสรุปผลการประเมินสุขภาพเพื่อส่งต่อระบบสาธารณสุข (กรณีไม่เร่งด่วนภายใน 6 เดือน)

ในกรณีนักเรียนควรได้รับการประเมินสุขภาพเพิ่มเติม โดยผู้เชี่ยวชาญ ไม่เร่งด่วน

เนื่องด้วยโรงเรียน..... ได้ดำเนินการประเมินสุขภาพนักเรียน

ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 25 .....

พบว่า ด.ช./ ด.ญ./ นาย/ นางสาว .....

มีประวัติสุขภาพซึ่งควรได้รับการตรวจประเมินเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

- มีประวัติได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ควรได้รับการประเมินและรับวัคซีนเพิ่มเติม
- เป็นดาวนซินโดรม โดย
- ไม่เคยได้รับการตรวจประเมินโรคหัวใจซึ่งควรได้รับการประเมินอย่างละเอียดอย่างน้อย 1 ครั้ง
  - ไม่มีประวัติการประเมินความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ในช่วง 1-3 ปีที่ผ่านมาซึ่งควรได้รับการเจาะเลือดเพื่อประเมินการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างน้อย 1 ครั้งทุก 1 ปี
- ในนักเรียนหญิงที่มีประจำเดือนแล้ว ควรได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยและการวางแผนคุมกำเนิด ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา มีอาการผิดปกติทางกาย /จิต ได้แก่
- ระบบหัวใจ มีอาการ บวมที่ข้อเท้า
- ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอาการ น้ำหนักลด หรือคลื่นลำบาก หรืออาเจียนเรื้อรัง ปวดแสบปวดร้อน บริเวณหน้าอก หรือ ท้องเสียเรื้อรัง หรือ ท้องผูกเรื้อรัง หรือ กลืนอาหารไม่ได้ หรือ ปวดท้องเรื้อรัง
- ระบบทางเดินปัสสาวะ มีอาการ ปัสสาวะแสบขัดหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือปัสสาวะบ่อย/ปริมาณมากขึ้นกว่าปกติ
- อาการทางจิตเวช มีอาการ กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่งมากขึ้นกว่าเดิมหรือมีอาการทางเพศมากขึ้นหรือแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะหรือแยกตัวมากขึ้นหรือมีพฤติกรรมถอยการช่วยเหลือตัวเองแย่งลงหรือการนอนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือพฤติกรรมต่อต้านมากขึ้นหรือมีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (กรณีไม่ได้เป็นออทิสติก)
- จากการประเมินการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมีความผิดปกติ อยู่ในช่วง  อ้วน  ผอม
- จากการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า
- มีแนวโน้มต่อภาวะความดันโลหิตผิดปกติ ได้แก่
- ความดันโลหิตสูง BP > 140/90 mmHg.
  - ความดันโลหิตต่ำ BP < 80/50 mmHg.
- อัตราชีพจร เร็วกว่าปกติชีพจร > 120 ครั้ง/นาที
- มีแนวโน้มต่อสายตาผิดปกติ
- จากการตรวจสุขภาพร่างกายพบความผิดปกติดังนี้.....
- อื่นๆ .....
- สรุปความเห็นแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ.....
- .....

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ส่วนนี้กรณานักศึกษาปกครองหรือครูที่นำเด็กมาตรวจ)

ได้มารับบริการตรวจสุขภาพแล้วในวันที่ .....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง..... สถานพยาบาล .....

หมายเหตุ .....

.....

## ตอนที่ 11 แบบแบบสรุปผลการประเมินสุขภาพเพื่อส่งต่อระบบสาธารณสุข (กรณีไม่เร่งด่วนภายใน 6 เดือน)

ในกรณีนักเรียนควรได้รับการประเมินสุขภาพเพิ่มเติม โดยผู้เชี่ยวชาญ ไม่เร่งด่วน

เนื่องด้วยโรงเรียน..... ได้ดำเนินการประเมินสุขภาพนักเรียน

ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 25 .....

พบว่า ด.ช./ ด.ญ./ นาย/ นางสาว .....

มีประวัติสุขภาพซึ่งควรได้รับการตรวจประเมินเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

- มีประวัติได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ควรได้รับการประเมินและรับวัคซีนเพิ่มเติม
- เป็นดาวนซินโดรม โดย
- ไม่เคยได้รับการตรวจประเมินโรคหัวใจซึ่งควรได้รับการประเมินอย่างละเอียดอย่างน้อย 1 ครั้ง
  - ไม่มีประวัติการประเมินความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ในช่วง 1-3 ปีที่ผ่านมาซึ่งควรได้รับการเจาะเลือดเพื่อประเมินการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างน้อย 1 ครั้งทุก 1 ปี
- ในนักเรียนหญิงที่มีประจำเดือนแล้ว ควรได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยและการวางแผนคุมกำเนิด ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา มีอาการผิดปกติทางกาย /จิต ได้แก่
- ระบบหัวใจ มีอาการ บวมที่ข้อเท้า
- ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอาการ น้ำหนักลด หรือกลืนลำบาก หรืออาเจียนเรื้อรัง ปวดเสบปวดร้อน บริเวณหน้าอก หรือท้องเสียเรื้อรัง หรือ ท้องผูกเรื้อรัง หรือ กลั้นอุจจาระไม่ได้ หรือ ปวดท้องเรื้อรัง
- ระบบทางเดินปัสสาวะ มีอาการ ปัสสาวะแสบขัดหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือปัสสาวะบ่อย/ปริมาณมากขึ้นกว่าปกติ
- อาการทางจิตเวช มีอาการ กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่งมากขึ้นกว่าเดิมหรือมีอาการทางเพศมากขึ้นหรือแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะหรือแยกตัวมากขึ้นหรือมีพฤติกรรมลดถอยการช่วยเหลือตัวเองแย่งลงหรือการนอนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือพฤติกรรมต่อต้านมากขึ้นหรือมีความคิดหรือพฤติกรรมย่ำคิดย้ำทำ(กรณีไม่ได้เป็นออทิสติก)
- จากการประเมินการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมีความผิดปกติ อยู่ในช่วง  อ้วน  ผอม
- จากการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า
- มีแนวโน้มต่อภาวะความดันโลหิตผิดปกติ ได้แก่
- ความดันโลหิตสูง BP > 140/90 mmHg.
  - ความดันโลหิตต่ำ BP < 80/50 mmHg.
- อัตราชีพจร เร็วกว่าปกติชีพจร > 120 ครั้ง/นาที
- มีแนวโน้มต่อสายตาผิดปกติ
- จากการตรวจสุขภาพร่างกายพบความผิดปกติดังนี้.....
- อื่นๆ .....
- สรุปความเห็นแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ.....
- .....

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ส่วนนี้กรุณาฉีกคืนผู้ปกครองหรือครูที่นำเด็กมาตรวจ)

ได้มารับบริการตรวจสุขภาพแล้วในวันที่ .....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง..... สถานพยาบาล .....

หมายเหตุ .....

.....

## ตอนที่ 11 แบบแบบสรุปผลการประเมินสุขภาพเพื่อส่งต่อระบบสาธารณสุข (กรณีไม่เร่งด่วนภายใน 6 เดือน)

ในกรณีนักเรียนควรได้รับการประเมินสุขภาพเพิ่มเติม โดยผู้เชี่ยวชาญ ไม่เร่งด่วน

เนื่องด้วยโรงเรียน..... ได้ดำเนินการประเมินสุขภาพนักเรียน

ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 25 .....

พบว่า ด.ช./ ด.ญ./ นาย/ นางสาว .....

มีประวัติสุขภาพซึ่งควรได้รับการตรวจประเมินเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

- มีประวัติได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ควรได้รับการประเมินและรับวัคซีนเพิ่มเติม
- เป็นคาวานซินโดรม โดย
- ไม่เคยได้รับการตรวจประเมินโรคหัวใจซึ่งควรได้รับการประเมินอย่างละเอียดอย่างน้อย 1 ครั้ง
  - ไม่มีประวัติการประเมินความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ในช่วง 1-3 ปีที่ผ่านมาซึ่งควรได้รับการเจาะเลือดเพื่อประเมินการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างน้อย 1 ครั้งทุก 1 ปี
- ในนักเรียนหญิงที่มีประจำเดือนแล้ว ควรได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยและการวางแผนคุมกำเนิด ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา มีอาการผิดปกติทางกาย /จิต ได้แก่
- ระบบหัวใจ มีอาการ บวมที่ข้อเท้า
- ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอาการ น้ำหนักลด หรือคลื่นไส้ อาเจียนเรื้อรัง ปวดแสบปวดร้อน บริเวณหน้าอก หรือ ท้องเสียเรื้อรัง หรือ ท้องผูกเรื้อรัง หรือ กลืนอาหารไม่ได้ หรือ ปวดท้องเรื้อรัง
- ระบบทางเดินปัสสาวะ มีอาการ ปัสสาวะแสบขัดหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือปัสสาวะบ่อย/ปริมาณมากขึ้นกว่าปกติ
- อาการทางจิตเวช มีอาการ กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่งมากขึ้นกว่าเดิมหรือมีอาการทางเพศมากขึ้นหรือแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะหรือแยกตัวมากขึ้นหรือมีพฤติกรรมลดถอยการช่วยเหลือตัวเองแย่งลงหรือการนอนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือพฤติกรรมต่อต้านมากขึ้นหรือมีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (กรณีไม่ได้เป็นออทิสติก)
- จากการประเมินการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมีความผิดปกติ อยู่ในช่วง  อ้วน  ผอม
- จากการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า
- มีแนวโน้มต่อภาวะความดันโลหิตผิดปกติ ได้แก่
- ความดันโลหิตสูง BP > 140/90 mmHg.
  - ความดันโลหิตต่ำ BP < 80/50 mmHg.
- อัตราชีพจร เร็วกว่าปกติชีพจร > 120 ครั้ง/นาที
- มีแนวโน้มต่อสายตาผิดปกติ
- จากการตรวจสุขภาพร่างกายพบความผิดปกติดังนี้.....
- อื่นๆ .....
- สรุปความเห็นแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ.....
- .....

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ส่วนนี้กรรณานึกคิณผู้ปกครองหรือครูที่นำเด็กมาตรวจ)

ได้มารับบริการตรวจสุขภาพแล้วในวันที่ .....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง..... สถานพยาบาล .....

หมายเหตุ .....

.....

## ตอนที่ 11 แบบแบบสรุปผลการประเมินสุขภาพเพื่อส่งต่อระบบสาธารณสุข (กรณีไม่เร่งด่วนภายใน 6 เดือน)

ในกรณีนักเรียนควรได้รับการประเมินสุขภาพเพิ่มเติม โดยผู้เชี่ยวชาญ ไม่เร่งด่วน

เนื่องด้วยโรงเรียน..... ได้ดำเนินการประเมินสุขภาพนักเรียน

ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 25 .....

พบว่า ช./ ด.ญ./ นาย/ นางสาว .....

มีประวัติสุขภาพซึ่งควรได้รับการตรวจประเมินเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

- มีประวัติได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ควรได้รับการประเมินและรับวัคซีนเพิ่มเติม
- เป็นดาวนซินโดรม โดย
- ไม่เคยได้รับการตรวจประเมินโรคหัวใจซึ่งควรได้รับการประเมินอย่างละเอียดอย่างน้อย 1 ครั้ง
  - ไม่มีประวัติการประเมินความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ในช่วง 1-3 ปีที่ผ่านมาซึ่งควรได้รับการเจาะเลือดเพื่อประเมินการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างน้อย 1 ครั้งทุก 1 ปี
- ในนักเรียนหญิงที่มีประจำเดือนแล้ว ควรได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยและการวางแผนคุมกำเนิด ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา มีอาการผิดปกติทางกาย /จิต ได้แก่
- ระบบหัวใจ มีอาการ บวมที่ข้อเท้า
- ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอาการ น้ำหนักลด หรือกลืนลำบาก หรืออาเจียนเรื้อรัง ปวดเสบปวดร้อน บริเวณหน้าอก หรือท้องเสียเรื้อรัง หรือ ท้องผูกเรื้อรัง หรือ กลั้นอุจจาระไม่ได้ หรือ ปวดท้องเรื้อรัง
- ระบบทางเดินปัสสาวะ มีอาการ ปัสสาวะแสบขัดหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือปัสสาวะบ่อย/ปริมาณมากขึ้นกว่าปกติ
- อาการทางจิตเวช มีอาการ กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่งมากขึ้นกว่าเดิมหรือมีอาการทางเพศมากขึ้นหรือแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะหรือแยกตัวมากขึ้นหรือมีพฤติกรรมลดถอยการช่วยเหลือตัวเองแย่งลงหรือการนอนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือพฤติกรรมต่อต้านมากขึ้นหรือมีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย(กรณีไม่ได้เป็นออทิสติก)
- จากการประเมินการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมีความผิดปกติ อยู่ในช่วง  อ้วน  ผอม
- จากการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า
- มีแนวโน้มต่อภาวะความดันโลหิตผิดปกติ ได้แก่
- ความดันโลหิตสูง BP > 140/90 mmHg.
  - ความดันโลหิตต่ำ BP < 80/50 mmHg.
- อัตราชีพจร เร็วกว่าปกติชีพจร > 120 ครั้ง/นาที
- มีแนวโน้มต่อสายตาผิดปกติ
- จากการตรวจสุขภาพร่างกายพบความผิดปกติดังนี้.....
- อื่นๆ .....
- สรุปความเห็นแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ.....
- .....

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ส่วนนี้กรุณาฉีกคืนผู้ปกครองหรือครูที่นำเด็กมาตรวจ)

ได้มารับบริการตรวจสุขภาพแล้วในวันที่ .....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง..... สถานพยาบาล .....

หมายเหตุ .....

.....

## ตอนที่ 11 แบบแบบสรุปผลการประเมินสุขภาพเพื่อส่งต่อระบบสาธารณสุข (กรณีไม่เร่งด่วนภายใน 6 เดือน)

ในกรณีนักเรียนควรได้รับการประเมินสุขภาพเพิ่มเติม โดยผู้เชี่ยวชาญ ไม่เร่งด่วน

เนื่องด้วยโรงเรียน..... ได้ดำเนินการประเมินสุขภาพนักเรียน

ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 25 .....

พบว่า ค.ช./ ด.ญ./ นาย/ นางสาว .....

มีประวัติสุขภาพซึ่งควรได้รับการตรวจประเมินเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

- มีประวัติได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ควรได้รับการประเมินและรับวัคซีนเพิ่มเติม
- เป็นดาวนซินโดรม โดย
- ไม่เคยได้รับการตรวจประเมินโรคหัวใจซึ่งควรได้รับการประเมินอย่างละเอียดอย่างน้อย 1 ครั้ง
  - ไม่มีประวัติการประเมินความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ในช่วง 1-3 ปีที่ผ่านมาซึ่งควรได้รับการเจาะเลือดเพื่อประเมินการทำงานของต่อมไทรอยด์อย่างน้อย 1 ครั้งทุก 1 ปี
- ในนักเรียนหญิงที่มีประจำเดือนแล้ว ควรได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยและการวางแผนคุมกำเนิด ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา มีอาการผิดปกติทางกาย /จิต ได้แก่
- ระบบหัวใจ มีอาการ บวมที่ข้อเท้า
- ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอาการ น้ำหนักลด หรือกลิ่นลำบาก หรืออาเจียนเรื้อรัง ปวดแสบปวดร้อน บริเวณหน้าอก หรือ ท้องเสียเรื้อรัง หรือ ท้องผูกเรื้อรัง หรือ กลืนอาหารไม่ได้ หรือ ปวดท้องเรื้อรัง
- ระบบทางเดินปัสสาวะ มีอาการ ปัสสาวะแสบขัดหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือปัสสาวะบ่อย/ปริมาณมากขึ้นกว่าปกติ
- อาการทางจิตเวช มีอาการ กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่งมากขึ้นกว่าเดิมหรือมีอาการทางเพศมากขึ้นหรือแสดงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะหรือแยกตัวมากขึ้นหรือมีพฤติกรรมถดถอยการช่วยเหลือตัวเองแย่งลงหรือการนอนเปลี่ยนแปลงไป จากเดิมหรือพฤติกรรมต่อต้านมากขึ้นหรือมีความคิดหรือพฤติกรรมย่ำคิดย่ำทำ(กรณีไม่ได้เป็นออทิสติก)
- จากการประเมินการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมีความผิดปกติ อยู่ในช่วง  อ้วน  ผอม
- จากการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า
- มีแนวโน้มต่อภาวะความดันโลหิตผิดปกติ ได้แก่
- ความดันโลหิตสูง BP > 140/90 mmHg.
  - ความดันโลหิตต่ำ BP < 80/50 mmHg.
- อัตราชีพจร เร็วกว่าปกติชีพจร > 120 ครั้ง/นาที
- มีแนวโน้มต่อสายตามผิดปกติ
- จากการตรวจสุขภาพร่างกายพบความผิดปกติดังนี้.....
- อื่นๆ .....
- สรุปความเห็นแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ.....
- .....

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ส่วนนี้กรณาค้นผู้ปกครองหรือครูที่นำเด็กมาตรวจ)

ได้มารับบริการตรวจสุขภาพแล้วในวันที่ .....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง..... สถานพยาบาล .....

หมายเหตุ .....

.....



## บรรณานุกรม

กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2562) : สมุดบันทึกสุขภาพ แม่และเด็ก.พิมพ์ครั้งที่ 1 .กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 80 ง (2552) : ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องกำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคณพิการทางการศึกษา พ.ศ. 2552

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย (2557) : กำหนดการดูแลสุขภาพเด็กไทย โดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2557) : สมุดบันทึกสุขภาพ

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2557) : คู่มือการประเมินสุขภาพบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและการใช้สมุดบันทึกสุขภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 30) พ.ศ.2559

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2562) : สมุดบันทึกสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน ป.5-ป.6 พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2562) : สมุดบันทึกสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน ม.1-ม.6. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2562) : แนวทางการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเด็กวัยเรียนและเยาวชน พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564) : คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 - 19 ปี. กรุงเทพฯ : บริษัท ทำด้วยใจ จำกัด

โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2552) : คู่มือการตรวจคัดกรองสุขภาพสุขภาพและการดูแลปัญหาที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน สำหรับครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียน.

## รายชื่อผู้ร่วมพัฒนาสมุดบันทึกการคัดกรองสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพเด็กพิเศษ

### ผู้เชี่ยวชาญ

แพทย์หญิงจันทร์อาภา	สุขทัพ์ภ	สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต
แพทย์หญิงสุธาทิพย์	เอมเปรมศิลป์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวพรรณณี	คุณากรบดินทร์	สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สพฐ. กระทรวงศึกษาธิการ
นางสาวรัชนีวรรณ	บุลกุล	สมาคมกีฬาสเปเชียลโอลิมปิกแห่งประเทศไทย
นางเบญจวรรณ	เทียนทอง	กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
นางกุลพร	สุขุมลตระกูล	ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการในเด็กวัยเรียนวัยรุ่น

### ศูนย์การศึกษาพิเศษ

นางสาวเปี่ยมเมตต์	ยุทชชนะ	ศูนย์การศึกษาพิเศษ ส่วนกลาง
นางสาวอังศุมารินทร์	อังสนันท์	ศูนย์การศึกษาพิเศษ ส่วนกลาง
นางสาววรรณวรรณ	ชัยรัตน์ธิกุล	ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี

### กรมอนามัย

#### สำนักส่งเสริมสุขภาพ

นางปณิตดา	จันผ่อง
นางสาวอัญชุลี	อ่อนศรี
นางสาวคัทลียา	โสตาปัดชา

#### สำนักโภชนาการ

นางสาวทิพรดี	คงสุวรรณ
นางสาวใจรัก	ลอยสงเคราะห์
นางสาวนฤมล	ธนเจริญวัชร

#### สำนักทันตสาธารณสุข

ทพญ.วรมน	อัครสุด
นายอรรถพล	คงมาก
นางสาวถิรวรรณ	รานวล

**สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์**

นางสาวศิรินพร เกิดกุลรัตน์  
นางสาวนภาประไพ สาระ

**กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ**

นางสาวศิรินญา วัลภา  
นายธวัชชัย แคนใหญ่

**กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ****กองสุขศึกษา**

นางปิยะฉัตร ปาลานุสรณ์  
นางสาวดวงนภา ปานเพ็ชร

**กรมสุขภาพจิต****กองส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาสุขภาพจิต**

นางสาวสตรีรัตน์ รุจิวิสาคร  
นางศจี รุกขวิวัฒนกุล

**ศูนย์อนามัย****ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี**

นางสาวนฤมล แก้วโมรา

**ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี**

นางศรัชมา กาญจนสิงห์

**ศูนย์สุขภาพจิต****ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 ราชบุรี**

นางสาวเบญญา สมลักษ์ณ์

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด****สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี**

นางสาวศิริกาญจน์ เจริญไฉนฮ้าง

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา**

นางวิภา อัครานนทสิทธิ์

นางวันดี ทับทิมทอง

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี**

นายยุพีพร มีแก้ว

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล****โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดขวาง จังหวัดฉะเชิงเทรา**

นางสาวสิรินรัตน์ เทียนขาว

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวดุน จังหวัดอุบลราชธานี**

นางจุรีรัตน์ ถึงแสง

**กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์****กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ**

นางสาวเบญจรัตน์ เรืองคำพัฒนา

**สมาคมกีฬาสเปเชียลโอลิมปิคแห่งประเทศไทย**

นางสาวสถาพร ก่อแก้ว

**องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย**

Ms.Nattha Keenapan  
Ms.Kwanploy Cheechang  
Ms.Siriporn Arunsangsuree  
Ms.Plern Pratoommas

**โรงเรียน****โรงเรียนฉะเชิงเทราปัญญาอนุกุล จังหวัดฉะเชิงเทรา**

นางสาวเสาวภา ตริสกุลวงษ์  
นางวนิดา ตรงตระกูลเจริญ

**โรงเรียนสุพรรณบุรีปัญญาอนุกุล จังหวัดสุพรรณบุรี**

นางสรวิทย์ ดอกกุหลาบ  
นางพัทธนรินทร์ อินต๊ะวิกุล  
นางสาวชนิตา สิงห์สาร

**โรงเรียนอุบลปัญญาอนุกุล จังหวัดอุบลราชธานี**

นางสาวกชพร พุทธิจักร





**กรมอนามัย**  
DEPARTMENT OF HEALTH