



สมุดบันทึกสุขภาพ
แม่และเด็ก



โปรดอย่าทำหาย

**นำติดตัวมาด้วยทุกครั้งที่ได้รับบริการ
ในสถานพยาบาลของรัฐบาลและเอกชน**

สามารถใช้เป็นเอกสารประกอบการแจ้งเกิด เพื่อออกสูติบัตรและเพิ่มชื่อในทะเบียนบ้าน

กระทรวงสาธารณสุข 2545

คำแนะนำการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

สมุดบันทึกสุขภาพเล่มนี้ เป็นสมุดประจำตัวด้านสุขภาพอนามัยสำหรับแม่ตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และสำหรับลูกตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี (อายุต่ำกว่า 6 ปี)

ประโยชน์

- ♥ ช่วยให้แม่มีความรู้ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด
- ♥ ช่วยให้แม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของลูกตั้งแต่แรกเกิดจนถึง อายุ 5 ปี
- ♥ สามารถนำไปประกอบหลักฐานการแจ้งเกิด เพื่อออกสูติบัตรได้ เพราะในสมุดเล่มนี้มีหนังสือรับรองการเกิด (ท.ร. 1/1) ซึ่งผู้ทำคลอดได้ลงชื่อรับรองแล้ว

วิธีใช้

- ♥ โปรดอ่านเนื้อหาให้ตลอดทั้งเล่ม อย่างละเอียดถี่ถ้วน
- ♥ ให้เมื่อนำสมุดเล่มนี้ติดตัวไปด้วยทุกครั้ง เมื่อแม่หรือลูกไปรับบริการที่สถานอนามัย โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข
- ♥ แม่สามารถเขียนข้อมูลลงในช่องว่างได้ด้วยตัวเอง (ยกเว้นส่วนของเจ้าหน้าที่) และให้เจ้าหน้าที่ลงบันทึกในสิ่งที่ได้ตรวจ
- ♥ เมื่อลูกเข้าโรงเรียน แม่ต้องนำสมุดเล่มนี้ไปมอบให้คุณครู เพื่อจะได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง
- ♥ ถ้าสมุดฉีกขาด หรือสูญหาย โปรดแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อออกสมุดเล่มใหม่ให้



ถ้าท่านสงสัย หรือมีคำถามเกี่ยวกับสมุดเล่มนี้
โปรดสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เลขที่ทั่วไป (มารดา).....

เลขที่ทั่วไป (เด็ก).....

ออกให้ครั้งที่.....

.....

สำหรับติดรูปภาพเด็ก

เลขที่บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(มารดา).....

ชื่อสถานที่บริการประจำตัว.....

เลขที่บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(เด็ก).....

ชื่อสถานที่บริการประจำตัว.....

ชื่อ-สกุล มารดา.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวบัตรประชาชน ----

ภูมิลำเนาของมารดา.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ชื่อ-สกุล บิดา.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวบัตรประชาชน ----

ภูมิลำเนาของบิดา.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบันของมารดาบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

ชื่อ-สกุล เด็ก.....กรุปเลือดเด็ก.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....เวลา.....น.

เลขประจำตัวประชาชนเด็ก ----

หากผู้ใดเก็บหรือพบสมุดเล่มนี้โปรดส่งคืนตามที่อยู่ข้างต้น

บันทึกประวัติสุขภาพของแม่และครอบครัว

ประวัติการเจ็บป่วยและการผ่าตัด

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร

.....

.....

.....

.....

.....



ประวัติการตั้งครรภ์ที่แล้วมา

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติการคลอดและเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

โรคซีด

โรคเบาหวาน

ความดันโลหิตสูง

แผล

พิกัดแต่กำเนิด

ปัญญาอ่อน

อื่นๆ (ระบุ).....

แนวทางประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงมีครรภ์

(เจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึก)

ประวัติ

คำแนะนำ ถ้าพบภาวะเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1-7แม่ต้องไปตรวจครรภ์ทุกครั้งตามนัด และต้องได้รับการทำคลอดโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- 1. ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี
- 2. ประวัติคลอดก่อนกำหนด (คลอดก่อน 37 สัปดาห์)
- 3. ครรภ์แรกหรือครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป
- 4. เคยคลอดลูกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมหรือมากกว่า 4,000 กรัมขึ้นไป
- 5. เคยผ่าตัดที่มดลูก
- 6. มีประวัติเป็นโรคหัวใจ
- 7. เคยมีประวัติแท้งตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป



คำแนะนำ การประเมินภาวะเสี่ยงข้อ 8-20

- ใช้ทุกครั้งที่มีการให้บริการตรวจครรภ์
- เมื่อพบภาวะเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ต้องส่งต่อหรือรายงานแพทย์
- 8. เป็นโรคโลหิตจาง (Hb < 11 gms. หรือ Hct. < 33%)
- 9. ตรวจ VDRL ได้ผลบวก
- 10. พบไข่ขาวในปัสสาวะและ/หรือพบน้ำตาลในปัสสาวะ
- 11. ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า
- 12. ต่อมน้ำทรวงอกโต
- 13. เป็นโรคหัวใจ หรือตรวจพบเป็นโรคหัวใจ
- 14. ขนาดมดลูกไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์
- 15. ครรภ์แฝด
- 16. ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ (ไม่ใช่ท่าศีรษะ) ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป
- 17. เลือดออกขณะตั้งครรภ์
- 18. ตั้งครรภ์เกิน 40 สัปดาห์
- 19. น้ำหนักขึ้นน้อยกว่า 1 กิโลกรัม/เดือน ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป
- 20. เด็กดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้ง/วัน ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป



ประวัติขณะตั้งครรภ์ (เจ้าหน้าที่เป็นพู่กันทัก)

ครรภ์ที่.....ประจำเดือนครั้งสุดท้าย.....คะเนกำหนดคลอด.....
 น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
 เคยผ่าตัดคลอดครั้ง
 จำนวนบุตรที่มีชีวิต.....คน บุตรคนสุดท้าย อายุ.....ปี
 ผลการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (วี ดี อาร์ แอล)
 ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล.....
 ครั้งที่ 2 (เฉพาะกลุ่มเสี่ยง) วันที่.....ผล.....
 ผลการตรวจเชื้อตับอักเสบบ วันที่.....ผล.....
 ความเข้มข้นของเลือด (ฮีมาโตคริต)
 ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล.....% ปกติ โลหิตจาง
 ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....% ปกติ โลหิตจาง
 การคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย วันที่.....OF.....DCIP.....MCV.....
 ชนิดของฮีโมโกลบินกรุ๊ปเลือด.....Rh.....
 ผลการตรวจอื่นๆ (ถ้ามี).....

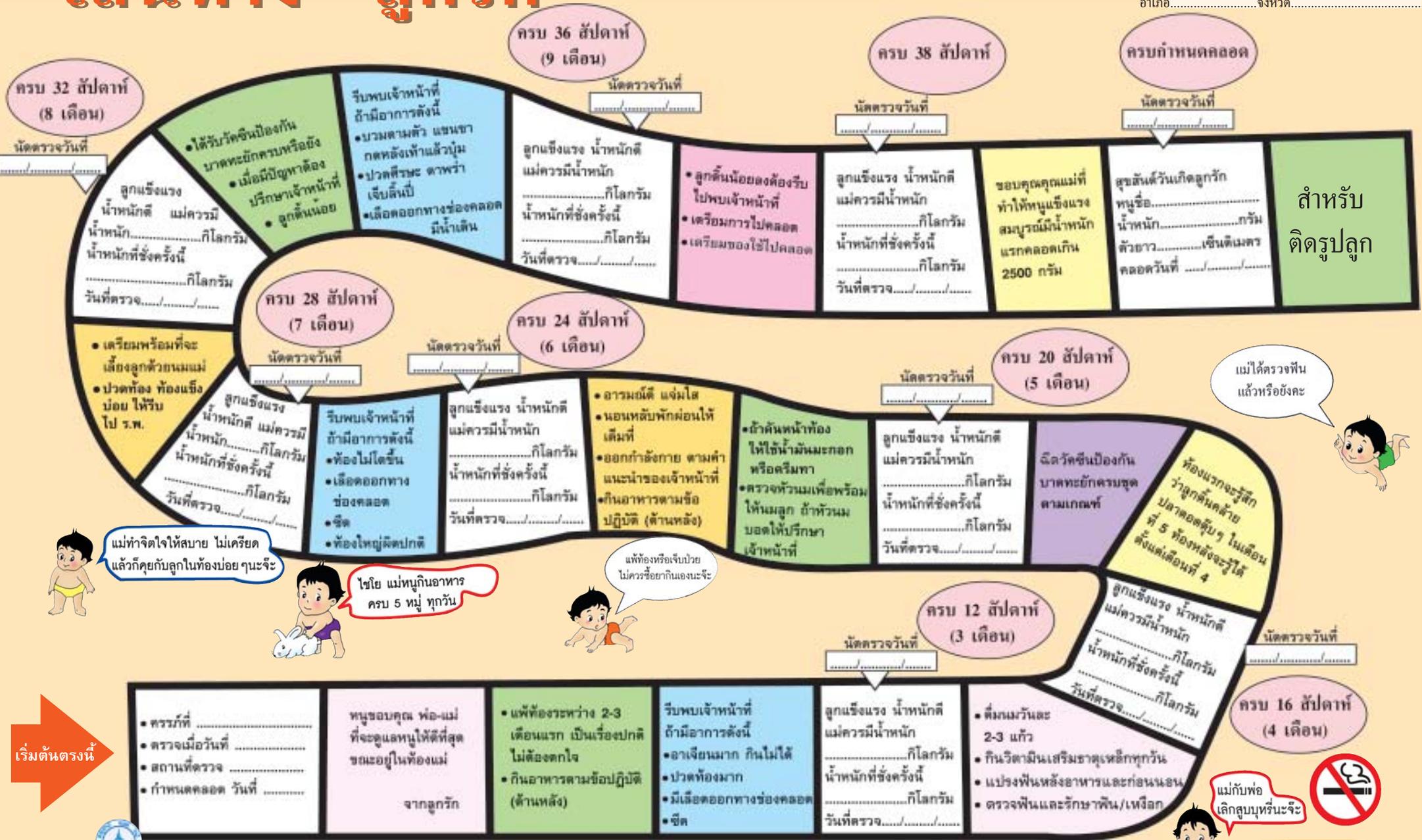
การดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ โดยเภสัชกร

เส้นทางลูกรักนี้ให้หญิงตั้งครรภ์ใช้ดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ จนถึงวันคลอด และปฏิบัติตามคำแนะนำตามเส้นทางทุกขั้นตอนในแผ่นพับเพื่อคุณแม่และลูกในช่วงตั้งครรภ์มีสุขภาพแข็งแรงดี และเพื่อลูกเกิดมามีน้ำหนักมากกว่า 2500 กรัม

ข้อปฏิบัติสำหรับแม่ขณะตั้งครรภ์

เส้นทาง “ลูกรัก”

ชื่อ - สกุล มารดา.....
 ชื่อ - สกุล บิดา.....
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อบ้าน.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....



เริ่มต้นตรงนี้



ภาพชุดอาหารทดแทน สำหรับ หญิงตั้งครรภ์

ข้อปฏิบัติ การกินอาหาร ของหญิงตั้งครรภ์

- กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่มากขึ้นกว่าเดิม
 - ข้าว สลัดอาหารแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน
 - นม ไข่ เนื้อสัตว์ทุกชนิด เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล ถั่วเมล็ดแห้ง
 - ผักทุกชนิด โดยเฉพาะผักใบเขียว
 - ผลไม้ตามฤดู
 - น้ำมันพืช หรือน้ำมันกระเทียม
- กินอาหารที่สะอาด ไม่กินของรสจัด และของหมักดอง
 - งดดื่มสุรา ชา กาแฟ และงดสูบบุหรี่

หมวดอาหาร ปริมาณต่อวัน	อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์			ภาพชุดอาหารทดแทน			
	เช้า	กลางวัน	เย็น				
ข้าว-แป้ง 9 ทัพพี	 ข้าว 3 ทัพพี	 ข้าว 3 ทัพพี	 ข้าว 3 ทัพพี	 ข้าวเหนียว 1 ทัพพีครึ่ง	 ก๋วยเตี๋ยว 3 ทัพพี	 ขนมจีน 3 ทัพพี	 บะหมี่เหลือง 3 ทัพพี
ผัก 6 ทัพพี	 ถั้วฝักยาว 2 ทัพพี	 ตำลึง 2 ทัพพี	 ฟักทอง 2 ทัพพี	 บวบ 2 ทัพพี	 กวางตุ้ง 2 ทัพพี	 ถั่วงอก 2 ทัพพี	 ผักบุ้ง 2 ทัพพี
ผลไม้ 6 ส่วน*	 สับปะรด 12 ชิ้น	 กล้วยน้ำว้า 2 ผล	 ส้ม 2 ผล	 มะละกอ 12 ชิ้น	 ฝรั่ง 1 ผล	 ชมพู 4 ผล	 มะม่วงสุก 1 ผล
เนื้อสัตว์ 12 ช้อนกินข้าว	 ไข่ไก่ 1 ฟอง	 เนื้อไก่ 2 ช้อนกินข้าว	 ตับ 2 ช้อนกินข้าว	 ปลากระป๋อง 2 ช้อนกินข้าว	 เนื้อวัว 2 ช้อนกินข้าว	 ถั้วเขียวต้ม 2 ช้อนกินข้าว	 เต้าหู้แข็ง 2 ช้อนกินข้าว
นม 3 แก้ว	 นมสดรสจืด 1 กล่อง	 นมสดรสจืด 1 กล่อง	 นมสดรสจืด 1 กล่อง	 นมผง 3 ช้อนโต๊ะ	 นมถั่วเหลือง 1 แก้ว	 นมสด 1 รุ่ง	 นมสด 1 กระป๋อง
น้ำมัน 5 ช้อนชา	 น้ำมันพืช 1 ช้อนชา	 น้ำมันพืช 2 ช้อนชา	 น้ำมันพืช 2 ช้อนชา	 น้ำมันจากสัตว์ 1 ช้อนชา	 หัวกะทิ 1 ช้อนโต๊ะ	 เนยเทียม 1 ช้อนชา	 เนยสด 1 ช้อนชา

คำอธิบาย การใช้ภาพชุดอาหารทดแทน สำหรับหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ต้องกินอาหารให้เหมาะสม ทั้งชนิดและปริมาณ ในแต่ละวัน ภาพชุดอาหารทดแทน หมายถึง อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่แสดงถึงชนิดอาหารที่มีคุณภาพและปริมาณที่เหมาะสม สำหรับรับประทานใน 1 วัน ทั้ง 3 มื้อ และมีอาหารอื่นในกลุ่มเดียวกันให้เลือกสับเปลี่ยนตามความต้องการ โดยมีคำแนะนำดังนี้

- กินอาหารในแต่ละมื้อให้ครบทุกกลุ่มอาหารในกรอบด้านซ้ายสีชมพู ที่แบ่งเป็นช่องแนวตั้งช่องละ 1 มื้อ
- ถ้าต้องการกินอาหารอื่นให้เลือกอาหารจากกรอบด้านขวาสีฟ้าในกลุ่มอาหารเดียวกับช่องใดช่องหนึ่งแทน
- ภาพชุดอาหารทดแทนเป็นเพียงแนวทางการกินอาหารให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพใน 1 วัน หญิงตั้งครรภ์อาจเลือกอาหารท้องถิ่นในแต่ละกลุ่มทดแทนกันได้

* ส่วนหมายถึงหน่วยที่ใช้กับการนับปริมาณผลไม้ ผลไม้ 1 ส่วนเท่ากับ กล้วยน้ำว้า 1 ผล หรือ กล้วยหอม ครึ่งผล หรือส้มเขียวหวาน 2 ผลกลาง หรือเงาะ 4 ผล หรือ ฝรั่งครึ่งผลกลาง ถ้าเป็นผลไม้ใหญ่ได้แก่มะละกอ สับปะรด ประมาณ 6 หรือ 8 คำ

ตารางน้ำหนักขึ้นต่ำของหญิงตั้งครรภ์

ที่จะให้บุตรน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัม

(VALLOP WEIGHT LOG)

วัตถุประสงค์

ใช้เฝ้าระวังและติดตามน้ำหนักของแม่ตามอายุครรภ์ เพื่อให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 2,500 กรัม

คำชี้แจง (หน้า 9)

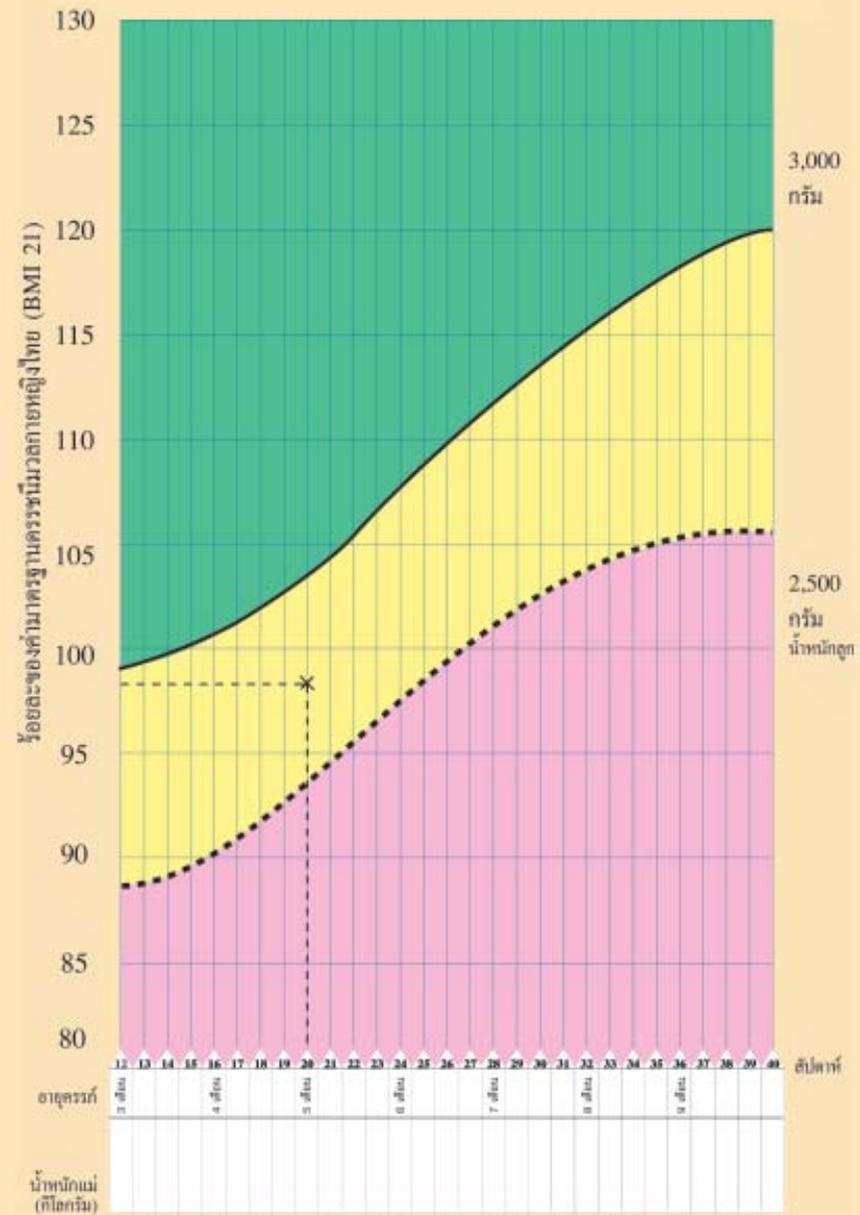
- ตัวเลขแถวตั้งต้นซ้ายมือสุดแสดงอายุครรภ์ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 12-40
- ตัวเลขแถวนอนบนสุดแสดงส่วนสูง ตั้งแต่ 140 - 170 เซนติเมตร
- ตัวเลขภายในกรอบที่ตรงกับส่วนสูงแต่ละแถวแสดงน้ำหนักเป็นกิโลกรัม

วิธีใช้ตาราง

- ใช้ไม้บรรทัด(ด้านข้าง หน้า 8) ทาบตรงตำแหน่งส่วนสูงของหญิงตั้งครรภ์ (หน้า 9) แล้วไล่ดูน้ำหนักให้ตรงกับอายุครรภ์ โดยเริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ที่ 12 ถึง 38 สัปดาห์แล้วทำเครื่องหมายไว้
- น้ำหนักที่ได้แต่ละอายุครรภ์นำไปบันทึกในเส้นทางลูกรัก ช่องนัดตรวจวันที่“ลูกแข็งแรง น้ำหนักดี แม่ต้องมีน้ำหนัก.....กิโลกรัม” ให้ตรงกับอายุครรภ์(หรือใกล้เคียง)ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกจนถึง 38 สัปดาห์
- เปรียบเทียบน้ำหนักที่ซั่งได้จริง ณ วันตรวจกับน้ำหนักขั้นต่ำที่ได้จากตารางน้ำหนักถ้าน้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์ซั่งได้เท่ากับหรือมากกว่าตัวเลขที่บันทึกไว้ในเส้นทางลูกรัก แสดงว่าลูกของท่านมีโอกาสน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม ขึ้นไป



กราฟโภชนาการหญิงมีครรภ์ (VALLOP CURVE)



ใช้กราฟนี้บันทึกค่า BMI

ใช้ไม้บรรทัดเพื่อทาบดูน้ำหนักขึ้นต่ำตามอายุครรภ์(สัปดาห์)

สัปดาห์
38
36
32
28
24
20
12

ตารางแสดงน้ำหนักขั้นต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่จะให้บุตรน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม

สัปดาห์	ส่วนสูง																																			สัปดาห์
	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170					
%BMI	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)	(ซ.ม.)				
40	120.0	49.4	50.1	50.8	51.5	52.3	53.0	53.7	54.5	55.2	55.9	56.7	57.5	58.2	59.0	59.8	60.5	61.3	62.1	62.9	63.7	64.5	65.3	66.1	67.0	67.8	68.6	69.4	70.3	71.1	72.0	72.8	40			
39	119.9	49.4	50.1	50.8	51.5	52.2	52.9	53.7	54.5	55.2	55.9	56.7	57.4	58.2	58.9	59.7	60.5	61.3	62.1	62.9	63.7	64.5	65.3	66.1	66.9	67.7	68.5	69.4	70.2	71.1	71.9	72.8	39			
38	119.3	49.1	49.8	50.5	51.2	51.9	52.7	53.4	54.1	54.9	55.6	56.4	57.1	57.9	58.6	59.4	60.2	61.0	61.8	62.5	63.3	64.1	64.9	65.7	66.6	67.4	68.2	69.0	69.9	70.7	71.6	72.4	38			
37	118.7	48.9	49.6	50.3	51.0	51.7	52.4	53.1	53.9	54.6	55.3	56.1	56.8	57.6	58.4	59.1	59.9	60.7	61.4	62.2	63.0	63.8	64.6	65.4	66.2	67.0	67.9	68.7	69.5	70.4	71.2	72.0	37			
36	118.1	48.6	49.3	50.0	50.7	51.4	52.1	52.9	53.6	54.3	55.1	55.8	56.5	57.3	58.1	58.8	59.6	60.4	61.1	61.9	62.7	63.5	64.3	65.1	65.9	66.7	67.5	68.3	69.2	70.0	70.8	71.7	36			
35	117.4	48.3	49.0	49.7	50.4	51.1	51.8	52.6	53.3	54.0	54.7	55.5	56.2	57.0	57.7	58.5	59.2	60.0	60.8	61.5	62.3	63.1	63.9	64.7	65.5	66.3	67.1	67.9	68.8	69.6	70.4	71.3	35			
34	116.7	48.0	48.7	49.4	50.1	50.8	51.5	52.2	53.0	53.7	54.4	55.1	55.9	56.6	57.4	58.1	58.9	59.6	60.4	61.2	62.0	62.7	63.5	64.3	65.1	65.9	66.7	67.5	68.3	69.2	70.0	70.8	34			
33	116.0	47.7	48.4	49.1	49.8	50.5	51.2	51.9	52.6	53.4	54.1	54.8	55.5	56.3	57.0	57.8	58.5	59.3	60.0	60.8	61.6	62.4	63.1	63.9	64.7	65.5	66.3	67.1	67.9	68.8	69.6	70.4	33			
32	115.0	47.3	48.0	48.7	49.4	50.1	50.8	51.5	52.2	52.9	53.6	54.3	55.1	55.8	56.5	57.3	58.0	58.8	59.5	60.3	61.1	61.8	62.6	63.4	64.2	65.0	65.7	66.5	67.4	68.2	69.0	69.8	32			
31	114.1	47.0	47.6	48.3	49.0	49.7	50.4	51.1	51.8	52.5	53.2	53.9	54.6	55.4	56.1	56.8	57.6	58.3	59.1	59.8	60.6	61.3	62.1	62.9	63.7	64.4	65.2	66.0	66.8	67.6	68.4	69.2	31			
30	113.2	46.6	47.3	47.9	48.6	49.3	50.0	50.7	51.4	52.1	52.8	53.5	54.2	54.9	55.6	56.4	57.1	57.9	58.6	59.3	60.1	60.9	61.6	62.4	63.2	63.9	64.7	65.5	66.3	67.1	67.9	68.7	30			
29	112.4	46.3	46.9	47.6	48.3	48.9	49.6	50.3	51.0	51.7	52.4	53.1	53.8	54.5	55.3	56.0	56.7	57.4	58.2	58.9	59.7	60.4	61.2	61.9	62.7	63.5	64.3	65.0	65.8	66.6	67.4	68.2	29			
28	111.5	45.9	46.6	47.2	47.9	48.6	49.2	49.9	50.6	51.3	52.0	52.7	53.4	54.1	54.8	55.5	56.3	57.0	57.7	58.5	59.2	59.9	60.7	61.5	62.2	63.0	63.7	64.5	65.3	66.1	66.9	67.7	28			
27	110.5	45.5	46.1	46.8	47.5	48.1	48.8	49.5	50.1	50.8	51.5	52.2	52.9	53.6	54.3	55.0	55.8	56.5	57.2	57.9	58.7	59.4	60.1	60.9	61.7	62.4	63.2	63.9	64.7	65.5	66.3	67.1	27			
26	109.5	45.1	45.7	46.4	47.0	47.7	48.3	49.0	49.7	50.4	51.1	51.7	52.4	53.1	53.8	54.5	55.2	56.0	56.7	57.4	58.1	58.9	59.6	60.3	61.1	61.8	62.6	63.4	64.1	64.9	65.7	66.5	26			
25	108.5	44.7	45.3	45.9	46.6	47.2	47.9	48.6	49.2	49.9	50.6	51.3	52.0	52.6	53.3	54.0	54.7	55.4	56.2	56.9	57.6	58.3	59.1	59.8	60.5	61.3	62.0	62.8	63.5	64.3	65.1	65.8	25			
24	107.5	44.2	44.9	45.5	46.2	46.8	47.5	48.1	48.8	49.4	50.1	50.8	51.5	52.2	52.8	53.5	54.2	54.9	55.6	56.4	57.1	57.8	58.5	59.2	60.0	60.7	61.5	62.2	63.0	63.7	64.5	65.2	24			
23	106.3	43.8	44.5	45.1	45.7	46.4	47.0	47.7	48.3	49.0	49.7	50.3	51.0	51.7	52.4	53.0	53.7	54.4	55.1	55.8	56.5	57.3	58.0	58.7	59.4	60.2	60.9	61.6	62.4	63.1	63.9	64.6	23			
22	105.5	43.4	44.0	44.7	45.3	45.9	46.6	47.2	47.9	48.5	49.2	49.8	50.5	51.2	51.9	52.5	53.2	53.9	54.6	55.3	56.0	56.7	57.4	58.1	58.9	59.6	60.3	61.1	61.8	62.5	63.3	64.0	22			
21	104.5	43.0	43.6	44.2	44.9	45.5	46.1	46.8	47.4	48.1	48.7	49.4	50.0	50.7	51.4	52.0	52.7	53.4	54.1	54.8	55.5	56.2	56.9	57.6	58.3	59.0	59.7	60.5	61.2	61.9	62.7	63.4	21			
20	103.4	42.6	43.2	43.8	44.4	45.0	45.7	46.3	46.9	47.6	48.2	48.9	49.5	50.2	50.8	51.5	52.2	52.8	53.5	54.2	54.9	55.6	56.3	57.0	57.7	58.4	59.1	59.8	60.6	61.3	62.0	62.8	20			
19	102.5	42.2	42.8	43.4	44.0	44.6	45.3	45.9	46.5	47.1	47.8	48.4	49.1	49.7	50.4	51.0	51.7	52.4	53.1	53.7	54.4	55.1	55.8	56.5	57.2	57.9	58.6	59.3	60.0	60.8	61.5	62.2	19			
18	101.7	41.9	42.5	43.1	43.7	44.3	44.9	45.5	46.2	46.8	47.4	48.1	48.7	49.3	50.0	50.7	51.3	52.0	52.6	53.3	54.0	54.7	55.4	56.0	56.7	57.4	58.1	58.9	59.6	60.3	61.0	61.7	18			
17	101.1	41.6	42.2	42.8	43.4	44.0	44.6	45.3	45.9	46.5	47.1	47.8	48.4	49.1	49.7	50.4	51.0	51.7	52.3	53.0	53.7	54.4	55.0	55.7	56.4	57.1	57.8	58.5	59.2	59.9	60.6	61.4	17			
16	100.5	41.4	42.0	42.6	43.2	43.8	44.4	45.0	45.6	46.2	46.9	47.5	48.1	48.8	49.4	50.1	50.7	51.4	52.0	52.7	53.4	54.0	54.7	55.4	56.1	56.8	57.5	58.2	58.9	59.6	60.3	61.0	16			
15	100.0	41.2	41.8	42.3	42.9	43.5	44.2	44.8	45.4	46.0	46.6	47.3	47.9	48.5	49.2	49.8	50.5	51.1	51.8	52.4	53.1	53.8	54.4	55.1	55.8	56.5	57.2	57.9	58.6	59.3	60.0	60.7	15			
14	99.5	41.0	41.5	42.1	42.7	43.3	43.9	44.5	45.2	45.8	46.4	47.0	47.6	48.3	48.9	49.6	50.2	50.9	51.5	52.2	52.8	53.5	54.2	54.8	55.5	56.2	56.9	57.6	58.3	59.0	59.7	60.4	14			
13	99.2	40.8	41.4	42.0	42.6	43.2	43.8	44.4	45.0	45.6	46.2	46.9	47.5	48.1	48.8	49.4	50.0	50.7	51.3	52.0	52.7	53.3	54.0	54.7	55.3	56.0	56.7	57.4	58.1	58.8	59.5	60.2	13			
12	99.0	40.7	41.3	41.9	42.5	43.1	43.7	44.3	44.9	45.5	46.2	46.8	47.4	48.0	48.7	49.3	49.9	50.6	51.2	51.9	52.6	53.2	53.9	54.6	55.2	55.9	56.6	57.3	58.0	58.7	59.4	60.1	12			

หมายเหตุ : หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกิน 120 % เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ ควรควบคุมให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ประมาณ 9 กิโลกรัม

การฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก

(เจ้าหน้าที่บันทึก)

ก่อนตั้งครรภ์เคยฉีดวัคซีนมาแล้ว.....ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
 ในระหว่างการตั้งครรภ์ ฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 เมื่อ.....เข็มที่ 2 เมื่อ.....
 เข็มที่ 3 เมื่อ.....(ก่อนคลอด หลังคลอด)
 เข็มกระตุ้นเมื่อ.....
 ไม่ได้ฉีดวัคซีนในครรภ์นี้ เพราะเคยได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักเข็มที่ 3 มาแล้วไม่เกิน 5 ปี

บันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากเมื่อฝากครรภ์	บันทึกบริการสุขภาพช่องปากก่อนคลอด
<ul style="list-style-type: none"> • ฟันผุ <input type="checkbox"/> มี (.....ซี่) <input type="checkbox"/> ไม่มี • เหงือกอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี • หินน้ำลาย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ผู้ตรวจ วันที่ตรวจ/...../.....	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สอนการควบคุมคราบจุลินทรีย์ในปาก <input type="checkbox"/> อุดฟัน.....ซี่ <input type="checkbox"/> ขูดหินน้ำลาย ผู้รักษา..... วันที่ตรวจ...../...../.....



บันทึกการคลอดของมารดา

(เจ้าหน้าที่บันทึก)

สถานที่คลอด.....โดย () แพทย์
 () พยาบาล
 () ผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว
 () อื่นๆ(ระบุ).....
 อายุครรภ์.....สัปดาห์ วิธีการคลอด.....

ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด

มี (ระบุ)

ไม่มี

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

มี (ระบุ).....

ไม่มี



บันทึกการตรวจหลังคลอด

วันที่ตรวจ	ความดันโลหิต	ระดับมดลูก	น้ำคาวปลา	หัวนมและเต้านม	การหลั่งของน้ำนม	ความสะอาดของสะดือเด็ก	ผู้ตรวจ

การตรวจหลังคลอด สัปดาห์ที่ 1-2
สัปดาห์ที่ 6

ตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง
ตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง

อาการที่ควรรีบมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. ตกเลือดหลังคลอด เป็นก้อน ลิ่มเลือด
2. ตัวร้อนเป็นไข้ติดต่อกัน 2 วัน
3. น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น ชุ่มชื้น หรือมีสีแดงนานเกิน 2 สัปดาห์
4. ปัสสาวะแสบ ขัด กะปริบกะปรอย หรือปัสสาวะไม่ออก
5. ปวด บวม บริเวณฝีเย็บหรือแผลแยก
6. หัวนมแตกหรืออักเสบ



ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลดีต่อลูก

1. ได้รับสารอาหารครบถ้วน และพอเหมาะแก่ความต้องการของลูก ไม่ทำให้ลูกเป็นโรคขาดสารอาหารหรือโรคอ้วน
2. ได้รับสารอินนอเหนือไปจากสารอาหาร เช่น ฮอโมน ที่จะช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกาย และการทำงานของอวัยวะบางระบบ
3. ลดอัตราการเกิดโรคอุจจาระร่วง
4. ได้รับภูมิคุ้มกันโรคและสารต่อต้านเชื้อโรค
5. ลดอัตราการเกิดโรคภูมิแพ้ โรคเบาหวานและโรคฟันผุในเด็ก
6. ได้รับความรัก ความอบอุ่น และความเอาใจใส่จากแม่



ผลดีต่อแม่

1. ทำให้หมดลูกหัดตัวดี เข้าอยู่เร็วขับน้ำคาวปลาได้ดี
2. ทำให้รูปร่างของแม่กลับสู่สภาพเดิมเร็วขึ้น เพราะแม่ได้ใช้ไขมันที่สะสมไว้ระหว่างตั้งครรภ์ มาใช้ผลิตน้ำนมให้ลูก
3. ทำให้แม่มีความรู้สึกผูกพันกับลูกมากขึ้น
4. ทำให้ห้องว่างจากการตั้งท้อง เป็นการช่วยวางแผนครอบครัวด้วย
5. ไม่เสียเวลา เพราะนมแม่มีพร้อมที่จะให้อยู่เสมอ
6. ประหยัดรายจ่ายของครอบครัว
7. ลดการเกิดมะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่



ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

คู่สามีภรรยา ควรได้รับการวางแผนล่วงหน้าว่าจะมีลูกกี่คน มีลูกเมื่อใด และแต่ละคนควรห่างกันกี่ปีด้วยการใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวหรือแบบถาวร

วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว

เมื่อเลิกใช้แล้วสามารถมีลูกได้อีกตามต้องการ ได้แก่

1. ยาเม็ดคุมกำเนิด เหมาะกับผู้หญิงทั้งที่มีลูกแล้ว และยังไม่ มีลูก ต้องกิน ติดต่อกันทุกวัน
2. ยาฉีดคุมกำเนิด เหมาะกับผู้หญิงที่มีลูกแล้ว หรือสำหรับสตรีหลังคลอด ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฉีดยา 1 เข็ม ป้องกันการตั้งครรภ์ได้นาน 3 เดือน
3. ยาฝังคุมกำเนิด เหมาะกับผู้หญิงที่มีลูกแล้ว ฝังยา 1 ครั้ง ป้องกันการ ตั้งครรภ์ได้นาน 5 ปี (ชนิด 6 หลอด) และ 3 ปี (ชนิด 1 หลอด)
4. ห่วงอนามัย เหมาะสำหรับผู้ที่มีลูกแล้ว ใส่ห่วง 1 ครั้ง ป้องกันการ ตั้งครรภ์ได้นาน 5 ปี
5. ถุงยางอนามัย ผู้ชายเป็นผู้ใช้ ใช้ได้ง่าย สะดวก สามารถป้องกันการตั้ง ครรภ์และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ได้อีกด้วย



ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ถุงยางอนามัย

วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร

คือ การทำหมันหญิง และหมันชาย เหมาะสำหรับคู่สามีภรรยาที่ไม่ต้องการมี ลูกอีกแล้ว

เดือนนี้แม่ตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองจริงๆ

การป้องกันการแพร่เชื้อ เอช ไอ วี (เอดส์) จากแม่สู่ลูก

การแพร่เชื้อ เอช ไอ วี (เอดส์) เกิดขึ้นได้ 3 ระยะ

1. ระยะตั้งครรภ์ ขณะที่เด็กอยู่ในท้องของแม่ เชื้อ เอช ไอ วี (เอดส์) จะผ่านจากแม่ทางรก เข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดของลูก
2. ระยะคลอด จากการที่เด็กสัมผัสเลือดจำนวนมาก สัมผัสน้ำคร่ำและสารคัดหลั่งในช่องคลอดของแม่ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี (เอดส์) ขณะทำคลอด
3. ระยะหลังคลอด เกิดจากการที่เด็กได้รับนมแม่ ซึ่งมีเชื้อ เอช ไอ วี (เอดส์)

การป้องกันการแพร่เชื้อ เอช ไอ วี (เอดส์) จากแม่สู่ลูก

1. ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ตลอดระยะการตั้งครรภ์
2. รับประทานยาต้านไวรัสตามแพทย์สั่ง
3. ลูกที่เกิดมาได้รับยาต้านไวรัสตามแพทย์สั่ง
4. งดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
5. มาตรวจตามนัดทุกครั้ง



การตรวจเลือดหาเชื้อ เอช ไอ วี (เอดส์)

มีประโยชน์ต่อแม่และลูก

1. ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง
2. รู้วิธีป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อ เอช ไอ วี (เอดส์)
3. ได้รับบริการที่ถูกต้องและเหมาะสมตลอดการตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

แบบประเมินและวัดระดับความเครียดด้วยตนเอง

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

โปรดขีดเครื่องหมาย “ X ” ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเปลืองเงินไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มีนั่งหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

การให้คะแนน

เมื่อคุณตอบแบบประเมินครบทั้ง 20 ข้อแล้วให้คุณให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ถ้าคุณตอบว่า...

ไม่เคยเลย = 0 คะแนน

เป็นครั้งคราว = 1 คะแนน

เป็นบ่อยๆ = 2 คะแนน

เป็นประจำ = 3 คะแนน

จากนั้น ให้คุณรวมคะแนนทั้ง 20 ข้อ คะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน ซึ่งแต่ละช่วงคะแนนมีความหมาย ดังนี้

คำอธิบายคะแนน

0-5 คะแนน แสดงว่า เครียดน้อยกว่าปกติ อาจเป็นเพราะคุณมีชีวิตที่เรียบง่าย ไม่จำเป็นต้องต่อสู้ดิ้นรนในการดำเนินชีวิตสักเท่าใดนัก คุณอาจถามตัวเองว่าพอใจหรือไม่กับสิ่งที่เป็นอยู่ หากพอใจและชีวิตไม่เดือดร้อนก็สามารถดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข แต่ถ้าไม่พอใจควรปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น อ่านหนังสือ สวรรค์กับเพื่อนหรือวางเป้าหมายชีวิตที่เหมาะสมกับตัวเองแล้วดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

6-17 คะแนน แสดงว่า เครียดในระดับปกติ คุณสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ดี และปรับตัวปรับใจให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมคุณควรพยายามรักษาระดับความเครียดเช่นนี้ต่อไปให้นานๆ

18-25 คะแนน แสดงว่า เครียดสูงกว่าระดับปกติเล็กน้อย คุณอาจกำลังมีปัญหาบางอย่างที่ทำให้ไม่สบายใจ อาจทำให้มีอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการแสดงออกได้เล็กน้อย แต่เมื่อได้พักผ่อนหย่อนใจก็จะรู้สึกดีขึ้นเอง หากทำแล้วยังไม่หายเครียดควรพูดคุยหรือปรึกษาเรื่องที่บกรวนจิตใจกับคนไว้วางใจ

26-29 คะแนน แสดงว่า เครียดสูงกว่าระดับปกติปานกลาง คุณอาจกำลังมีปัญหาบางอย่างในชีวิตที่ยังหาทางแก้ไขไม่ได้ ทำให้มีอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการแสดงออกอย่างเห็นได้ชัด และแม้จะพักผ่อนหย่อนใจแล้วก็อาจจะไม่หายเครียดควรค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ คิดแก้ไขปัญหาและลงมือแก้ไข

30-60 คะแนน แสดงว่า เครียดสูงกว่าระดับปกติมาก คุณอาจกำลังเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิตหรือสะสมความเครียดไว้มากเกินไปเป็นเวลานาน ควรคลายเครียดด้วยการหยุดพักความคิด ยืดเส้นยืดสายให้ร่างกายผ่อนคลายพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง คิดแก้ปัญหาและลงมือแก้ไขปัญหา หากไม่ดีขึ้นควรขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คุณลักษณะที่ดีของแม่ เพื่อให้ลูกมีสุขภาพดี

- มีลูกคนแรกเมื่ออายุระหว่าง 20-30 ปี
- ท้องว่างอย่างน้อย 2 ปี
- มีลูกไม่เกิน 2 คน
- ฝากท้องตั้งแต่ระยะแรกที่ทราบว่าท้อง และคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว
- ฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักครบ 2 เข็ม ระหว่างท้อง
- รู้จักการปฏิบัติตนระหว่างตั้งท้อง คลอด และหลังคลอด
- ลูกมีน้ำหนักแรกเกิด มากกว่า 2,500 กรัมขึ้นไป
- ให้ลูกดูดนมทันทีหลังคลอด เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเตีียวอย่างน้อย 4 เดือน จึงเริ่มให้อาหารตามวัยและควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปอย่างน้อย 12 เดือน
- เลี้ยงลูกได้แข็งแรงดี ไม่เป็นโรคขาดสารอาหาร
- นำลูกทุกคนไปรับวัคซีนป้องกันโรคตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำหนด



แม่ควรตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละครั้ง

วิธีเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข

อายุลูก	สิ่งที่พ่อแม่ควรทำ	สิ่งที่พ่อแม่ไม่ควรทำ
ระยะตั้งครรภ์	<ul style="list-style-type: none"> ♥ ควรผ่อนคลาย ทำใจให้สบาย ♥ พ่อดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือแม่ อย่างใกล้ชิด 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ เครียด หงุดหงิด ใช้อารมณ์ ♥ ทำอะไรตามใจตนเอง ไม่คำนึงถึงลูกในท้อง
แรกเกิด - 1 ปี	<ul style="list-style-type: none"> ♥ อุ้มลูกอย่างนุ่มนวล โอบกอด แแนบอกและลูบหลังเบาๆ ให้ลูกรู้สึกปลอดภัย ♥ เวลาอุ้มลูกควรพูดคุยและร้องเพลงแหกส้อมเวลาให้นอน ♥ เล่นและพูดคุยกับลูกบ่อยๆ จะทำให้ลูกอารมณ์ดี และเติบโตเร็ว ♥ ถ้าลูกลอยอยากทำอะไรด้วยตนเอง ควรปล่อยให้ลูกรู้จักลองผิดลองถูก 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ ละเลยไม่ดูแล ทอดทิ้ง ใช้อารมณ์รุนแรงกับลูก ♥ หงุดหงิดเวลาลูกร้อง ถ้าทนไม่ไหวต้องผ่อนคลายตนเองด้วยการฝากคนอื่นเลี้ยงดู แล้วออกไปสงบอารมณ์สักพักหนึ่ง ♥ ปกป้องและตามใจลูกมากเกินไป เพราะจะทำให้ลูกไม่รู้จักโต เอาแต่ใจขาดความอดทน
1-3 ปี	<ul style="list-style-type: none"> ♥ เปิดโอกาสให้ลูกทำสิ่งต่างๆ ที่เป็นกิจวัตรประจำด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น ♥ ถ้าลูกรอกฤทธิ์เกินกว่าเหตุ ควรดึงความสนใจของลูกไปยังสิ่งอื่น ♥ พูดคุย เล่านิทาน ตอบคำถามลูก ♥ เมื่อลูกปฏิเสธควรอธิบายเหตุผล ♥ สอนลูกเก็บของเล่นให้เป็นที 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ ไม่ยอมให้ลูกทำอะไรด้วยตนเองเลย ♥ หลอกหรือขู่ ให้กลัวเพราะจะทำให้ลูกลกลัวอะไรผิดๆ ไม่มีเหตุผล ♥ หงุดหงิดเวลาลูกรู้จักถามหรือซุกซน ♥ ยั่วให้ลูกมีอารมณ์โกรธ ♥ บังคับให้ลูกอยู่เฉยๆ หนึ่งๆ
3-6 ปี	<ul style="list-style-type: none"> ♥ สอนให้รู้ผิด รู้ถูก กลับอกเมื่อทำผิด ♥ สอนให้รู้จัก ขอบคุณ ขอโทษ ไม่เป็นไรให้ติดปาก ♥ สนับสนุนให้เล่นกับเด็กอื่น 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ เปรียบเทียบลูกกับพี่น้องคนอื่น เพราะลูกจะน้อยใจและมองตนเองไร้ค่า ♥ เด็กทะเลาะกัน อย่าตัดสินใจว่าใครผิดเพราะเด็กโกรธกันไม่นาน ♥ สอนลูกแต่ไม่เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูก ♥ ทะเลาะกัน ใช้กำลังต่อหน้าลูก

บันทึกของการรกแรกเกิด (เจ้าหน้าที่เป็นพูนัท)

วัน เดือน ปีเกิด.....เพศ.....น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม
 ความยาว.....เซนติเมตร เส้นรอบศีรษะ.....เซนติเมตร
 วิธีคลอด ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
 Apgar Score (1 นาที).....(5 นาที).....
 ความผิดปกติแต่กำเนิด มี (ระบุ).....
 ไม่มี
 ภาวะสุขภาพแรกเกิด (ขณะอยู่ในโรงพยาบาล).....

วิตามิน เค ฉีด ไม่ฉีด
 การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด ตรวจวันที่..... ไม่ได้ตรวจ
 - การตรวจภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ปกติ ผิดปกติ
 ไม่ได้ตรวจ



อาการที่ควรนำทารกแรกเกิดมาพบแพทย์
หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที

1. ตัวเหลืองมาก
2. ตัวร้อน มีไข้ ชีพ
3. หายใจเร็ว มากกว่า 60 ครั้ง/นาที หรือหอบ
4. มีอาการบวมแดง มีหนองที่สะดือ ตาหรือผิวหนัง
5. ไม่ยอมดูดนม
6. ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ และ/หรืออาเจียน
7. ไม่ถ่ายปัสสาวะเลย

ข้อแนะนำในการบันทึกพัฒนาการเด็ก สำหรับพ่อแม่และผู้ปกครองเด็ก



1. พ่อแม่สามารถส่งเสริมให้ลูกเติบโตอย่างมีคุณภาพทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคมเพื่อลูกจะได้เป็นคนดี เก่ง มีความสุข โดยท่านจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดี ดูแลเอาใจใส่ให้ความรักและเข้าใจ ให้โอกาสเด็กได้เรียนรู้ และฝึกทำ ตลอดจนสังเกตและส่งเสริมพัฒนาการลูกของท่านด้วยตนเองตามคำแนะนำในสมุดเล่มนี้

2. พ่อแม่ ผู้ปกครอง ควรสังเกตว่าลูกสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้เหมาะสมตามช่วงอายุหรือไม่ โดยเติมอายุในช่องลูกของท่านเริ่มทำได้เมื่ออายุที่จุดประ.....

3. ช่องวิธีการที่พ่อแม่สามารถส่งเสริมให้ลูกมีพัฒนาการตามวัยนั้น ท่านควรปฏิบัติต่อลูกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อลูกของท่านจะได้มีพัฒนาการสมวัย

4. บันทึกพัฒนาการเด็กในสมุดบันทึกเล่มนี้ แสดงความสามารถตามวัย บางส่วนที่สำคัญของเด็ก ซึ่งเด็กแต่ละคนอาจมีพัฒนาการเร็ว-ช้า แตกต่างกัน ถ้าถึงอายุที่ควรทำได้แล้วเด็กทำไม่ได้ ควรให้โอกาสฝึกก่อน ใน 1 เดือน

5. ถ้าลูกมีลักษณะต่อไปนี้ ควรปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5.1 ถ้าอายุ 3 เดือนแล้วลูกไม่สบตา หรือ ยิ้มตอบไม่ซुकอในท่านอนคว่ำ

5.2 ถ้าลูก 6 เดือนแล้วไม่มองตาม หรือ ไม่หันตามเสียง หรือ ไม่สนใจคนมาเล่นด้วย ไม่พลิกคว่ำพลิกหงาย

5.3 ถ้าอายุ 1 ปี ยังไม่เกาะเดิน ไม่สามารถใช้นิ้วมือหยิบของกินเข้าปากไม่เลียนแบบท่าทางและเสียงพูด

5.4 ถ้าอายุ 1 ปี 6 เดือน แล้วไม่สามารถทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้ เช่น นั่งลง สวัสดี เดินมาหาแม่

5.5 ถ้าอายุ 2 ปี ยังไม่พูดคำต่อกัน

5.6 พัฒนาการล่าช้ากว่าวัย น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ เจ็บป่วยบ่อยๆ



บันทึกพัฒนาการเด็ก พ่อ-แม่ ควรส่งเสริมพัฒนาการลูกดังนี้

พัฒนาการตามวัยของลูก	เด็กปกติทำได้ภายในอายุ	ลูกของท่านเริ่มทำได้เมื่ออายุ	วิธีการที่พ่อแม่สามารถส่งเสริมให้ลูกมีพัฒนาการตามวัย
สบตา จ้องหน้าแม่ เคลื่อนไหวแขนขา ตอบสนองเสียงพูด 	1 เดือน	.....	<ul style="list-style-type: none"> ♥ กินนมแม่อย่างเดียว ♥ ยิ้มแย้ม มองสบตา เล่นพูดคุยกับลูก เอียงหน้าไปมาช้าๆ ให้ลูกมองตาม ♥ อุ้มบ่อยๆ อุ้มพาดบ่าบ้าง
คู้ย้อแอ้ ยิ้ม ชันคอในท่าคว่ำ แสดงท่าดีใจเมื่อได้กินนม 	2 เดือน	.....	<ul style="list-style-type: none"> ♥ กินนมแม่อย่างเดียว ♥ เล่นกับลูกโดยแขนของสีสดห่างจากหน้าลูกประมาณ 1 ศอก ให้ลูกมองตาม พูดคุยทำเสียงต่างๆ และร้องเพลง ♥ ให้ลูกนอนคว่ำในที่นอนที่ไม่นุ่มเกินไป
ชันคอได้ตรงเมื่ออุ้มนั่งส่งเสียงโต้ตอบ 	3 เดือน	.....	<ul style="list-style-type: none"> ♥ กินนมแม่อย่างเดียว ♥ อุ้มทำนั่ง พูดคุยทำเสียงโต้ตอบกับเด็ก ♥ ให้ลูกนอนเปล หรืออยู่ ที่ไม่มืดทึบ

บันทึกพัฒนาการเด็ก พ่อ-แม่ ควรส่งเสริมพัฒนาการลูกดังนี้

พัฒนาการตามวัยของลูก	เด็กปกติ ทำได้ ภายใน อายุ	ลูกของ ท่านเริ่ม ทำได้ เมื่ออายุ	วิธีการที่พ่อแม่สามารถ ส่งเสริมให้ลูกมีพัฒนาการ ตามวัย
<p>ไขว่คว้า หัวเราะเสียงดัง ชูคอตั้งขึ้นในท่าคว่ำ</p> 	4 เดือน	.....	<ul style="list-style-type: none"> ♥ กินนมแม่อย่างเดียว ♥ จัดที่ที่ปลอดภัยให้เด็กหัดคว่ำคืบ ♥ เล่นกับลูกโดยชูของเล่นให้ลูกไขว่คว้าชมเชยให้กำลังใจเมื่อลูกทำได้
<p>คืบ พลิกคว่ำ พลิกหงาย หันตามเสียงเรียกชื่อ</p> 	5 เดือน	.....	<ul style="list-style-type: none"> ♥ หาของเล่นสีสันสดใสชิ้นใหญ่ที่ปลอดภัยให้หยิบ จับและคืบไปหา ♥ พ่อแม่ช่วยกันพูดคุยโต้ตอบ ยิ้มเล่นกับเด็ก พูดถึงสิ่งที่กำลังทำอยู่กับเด็ก เช่น อาบ น้ำ กินข้าว ♥ เริ่มให้อาหารอื่นได้บ้าง
<p>คว่ำของมือเดียวหันหาเสียงเรียกชื่อ ส่งเสียงต่างๆโต้ตอบ แสดงอารมณ์ เช่น ดีใจ</p> 	6 เดือน	.....	<ul style="list-style-type: none"> ♥ เวลาพูดให้เรียกชื่อลูก ในทิศทางต่างๆ เพื่อฝึกให้ลูกตอบสนอง ♥ พ่อแม่ใกล้ชิดกับลูกอย่างสม่ำเสมอ พูดคุยโต้ตอบ ยิ้มเล่นกับลูก ♥ เล่นโยกเยกกับเด็ก หาของให้เด็กจับ

บันทึกพัฒนาการเด็ก พ่อ-แม่ ควรส่งเสริมพัฒนาการลูกดังนี้

พัฒนาการตามวัยของลูก	เด็กปกติทำได้ภายในอายุ	ลูกของท่านเริ่มทำได้เมื่ออายุ	วิธีการที่พ่อแม่สามารถส่งเสริมให้ลูกมีพัฒนาการตามวัย
<p>นั่งทรงตัวได้เองเปลี่ยนสลับมือถือของได้</p> 	7 เดือน	.....	<ul style="list-style-type: none"> ♥ อุ้มน้อยลงให้เด็กได้คืบ และนั่งเล่นเอง โดยมีแม่คอยระวังอยู่ข้างหลัง ♥ ให้เล่นสิ่งที่มีสีและขนาดต่างกัน เช่น ลักษณะผิวเรียบ-หยาบ อ่อน-แข็ง ให้หยิบจับสิ่งของเข้า-ออก จากถ้วยหรือกล่อง
<p>มองตามของตก แยกหน้าคน</p> 	8 เดือน	.....	<ul style="list-style-type: none"> ♥ กลิ้งของเล่นให้เด็กมองตาม ♥ พุดและทำท่าทางเล่นกับเด็ก เช่น จ๊ะเอ๋ จับปุดำ แมงมุม จ้ำจี้ ตบมือ ♥ อุ้มลูกไว้เพื่อลูกรู้สึกอบอุ่นใจ เวลาพบปะผู้อื่น และให้เวลาลูกทำความคุ้นเคย
<p>เข้าใจเสียงห้าม เล่นจ๊ะเอ๋ ตบมือใช้นิ้วชี้ และนิ้วหัวแม่มือหยิบของชิ้นเล็ก</p> 	9 เดือน	.....	<ul style="list-style-type: none"> ♥ หัดให้เด็กเกาะยืน เกาะเดิน ♥ หัดให้เด็กใช้นิ้วหยิบจับของกินชิ้นเล็กเข้าปาก เช่น ข้าวสุก มะละกอหั่น ห้ามใช้ถั่ว หรือ ของที่จะสำลักได้

บันทึกพัฒนาการเด็ก พ่อ-แม่ ควรส่งเสริมพัฒนาการลูกดังนี้

พัฒนาการตามวัยของลูก	เด็กปกติ ทำได้ ภายใน อายุ	ลูกของ ท่านเริ่ม ทำได้ เมื่ออายุ	วิธีการที่พ่อแม่สามารถ ส่งเสริมให้ลูกมีพัฒนาการ ตามวัย
<p>เห็นยตัว เกาะยืน เกาะเดินส่งเสียงต่างๆ “หม่า หม่า” “จ๊า จ๊ะ”</p> 	<p>10 เดือน</p>	<p>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ จัดที่ให้เด็กคลานและเกาะเดินอย่างปลอดภัย ♥ เรียกเด็กและชูของเล่นให้เด็กสนใจเพื่อลุกขึ้นจับ ♥ สอนให้ลูกแสดงท่าทาง เช่น ชี้เวลาอยากได้ของ
<p>ตั้งไข่ พูดเป็นคำที่มีความหมาย เช่น พ่อแม่ เลียนเสียงท่าทาง และเสียงพูด</p> 	<p>1 ปี</p>	<p>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ ให้เด็กมีโอกาสเล่นสิ่งของโดยอยู่ในสายตามผู้ใหญ่ ♥ พูดชมเชย เมื่อเด็กทำสิ่งต่างๆ ได้ ♥ พูดคุย ชี้ และบอกส่วนต่างๆ ของร่างกาย
<p>เดินได้เอง ชี้ส่วนต่างๆ ของร่างกายตามคำบอก ดื่มน้ำจากถ้วย</p> 	<p>1 3 เดือน</p>	<p>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ พูดคุย โต้ตอบชี้ชวนให้เด็กสังเกตของและคนรอบข้างให้หาของที่ซ่อนใต้ผ้า ♥ ชี้ให้ดูภาพและเล่นนิทานสั้นๆ ให้เด็กฟัง ♥ ให้เด็กหัดตัดอาหาร ดื่มน้ำจากถ้วยและแต่งตัวโดยช่วยเหลือตามสมควร

บันทึกพัฒนาการเด็ก พ่อ-แม่ ควรส่งเสริมพัฒนาการลูกดังนี้

พัฒนาการตามวัยของลูก	เด็กปกติ ทำได้ ภายใน อายุ	ลูกของ ท่านเริ่ม ทำได้ เมื่ออายุ	วิธีการที่พ่อแม่สามารถ ส่งเสริมให้ลูกมีพัฒนาการ ตามวัย
<p>เดินได้คล่องรู้จักขอและทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้ ชีตเขียนเส้นยุ่งๆ</p> 	<p>1 ปี 6 เดือน</p>	<p>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ ให้โอกาสเด็ก เดิน วิ่ง และ หยิบจับสิ่งของโดยระวังความปลอดภัย ♥ ร้องเพลง คุยกับเด็กเกี่ยวกับสิ่งรอบตัว เล่นเกมง่ายๆ ♥ จัดหาและทำของเล่นที่มีสีและรูปร่างต่างๆ ♥ ชวนเปิดหาภาพในหนังสือ เปิดโอกาสให้ลูกได้ขีดเขียน
<p>พูดแสดงความต้องการ พูด 2-3 คำ ติดต่อกัน เริ่มพูดโต้ตอบ ชีตเขียนเป็นเส้นได้ เตะลูกบอล ยืนก้มเก็บของได้ไม่ล้ม</p> 	<p>1 ปี 8 เดือน</p>	<p>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ เมื่อเด็กพยายามทำอะไร ควรสนใจ ชื่นชมและให้กำลังใจ โดยให้เด็กคิดและทำเองบ้าง ♥ ฝึกลูกให้ช่วยตัวเอง เช่น ชับน้ำ ถ่ายให้เป็นที รู้จักล้างมือ ก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย ♥ ให้เด็กมีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ในบ้าน

บันทึกพัฒนาการเด็ก พ่อ-แม่ ควรส่งเสริมพัฒนาการลูกดังนี้

พัฒนาการตามวัยของลูก	เด็กปกติ ทำได้ ภายใน อายุ	ลูกของ ท่านเริ่ม ทำได้ เมื่ออายุ	วิธีการที่พ่อแม่สามารถ ส่งเสริมให้ลูกมีพัฒนาการ ตามวัย
<p>เรียกชื่อสิ่งต่าง ๆ และคนที่คุ้นเคย ตักอาหารกินเอง</p> 	2 ปี	.....	<ul style="list-style-type: none"> ♥ พ่อแม่ทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดีตลอดเวลา และอบรมสั่งสอนลูกด้วยเหตุผล ♥ สอนให้ลูกรู้จักทักทาย สวัสดี ขอบคุณ และขอโทษในเวลาที่เหมาะสม ♥ ให้ลูกมีโอกาสตัดสินใจและทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง โดยดูแลความปลอดภัย
<p>ซักถาม“อะไร” พูดคำคล้องจอง ร้องเพลงสั้นๆ เลียนแบบ ทำทาง หัดแปรงฟัน</p> 	2 ปี 6 เดือน	.....	<ul style="list-style-type: none"> ♥ พาเด็กเดินรอบบ้าน และบริเวณใกล้ๆ ชีวชนให้สังเกตสิ่งที่พบเห็น ♥ หมั่นพูดคุยด้วยคำพูดที่ชัดเจนและตอบคำถามของลูกโดยไม่ดูหรือแสดงความรำคาญ ♥ ชวนลูกแปรงฟันเมื่อตื่นนอนและก่อนนอนทุกวัน

บันทึกพัฒนาการเด็ก พ่อ-แม่ ควรส่งเสริมพัฒนาการลูกดังนี้

พัฒนาการตามวัยของลูก	เด็กปกติ ทำได้ ภายใน อายุ	ลูกของ ท่านเริ่ม ทำได้ เมื่ออายุ	วิธีการที่พ่อแม่สามารถ ส่งเสริมให้ลูกมีพัฒนาการ ตามวัย
<p>บอกชื่อ และเพศตนเองได้ รู้จักให้และรับ รู้จักรอ เขียนวงกลมตามแบบได้ รู้จักจำนวน 1-3 ชั้น บอกสีได้ 1 สี</p> 	3 ปี	.....	<ul style="list-style-type: none"> ♥ สนับสนุนให้ลูกพูด เล่าเรื่อง ร้องเพลงขีดเขียน และทำท่าทางต่างๆ ♥ สังเกตท่าทีความรู้สึกของเด็กและตอบสนองโดยไม่บังคับ หรือตามใจลูกเกินไป ควรค่อยๆ พูดและผ่อนปรน ♥ จัดหาของที่มีรูปร่างและขนาดต่างๆ ให้เด็กเล่น หัดขีดเขียน หัดนับแยกกลุ่ม และเล่นสมมุติ
<p>ซักถาม“ทำไม” ล้างหน้า แปรงฟันเองได้ บอกขนาดใหญ่ เล็ก ยาว-สั้น เล่นรวมกับคนอื่น รอดตามลำดับก่อนหลัง ไม่ปัสสาวะรด ไปห้องน้ำได้เอง</p> 	4 ปี	.....	<ul style="list-style-type: none"> ♥ ตอบคำถามของเด็ก ♥ เล่าเรื่องจากภาพ ค่อย ซักถามเล่าเรื่อง ♥ ฝึกให้ลูกใส่เสื้อผ้า ตัดและกลัดกระดุม รูดซิป ♥ ฝึกให้จับดินสออย่างถูกต้อง ♥ ฝึกให้ลูกขึ้นลงบันไดเองโดยพ่อแม่ดูแลใกล้ขีด ♥ เปิดโอกาสให้ลูกลองทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ♥ ฝึกให้ลูกไปห้องส้วมเองเมื่อต้องการจะถ่ายและปัสสาวะทุกครั้ง แต่พ่อแม่ต้องคอยดูแลด้วย

การใช้กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ

ประโยชน์ของกราฟแม่/พ่อ ใช้สำหรับติดตามการเจริญเติบโตโดยรวม แต่ไม่ได้บอกชัดเจนว่าเด็กมีลักษณะการเจริญเติบโตเป็นแบบใด

วิธีการใช้กราฟ

เมื่อชั่งน้ำหนักเด็กแล้ว นำน้ำหนักมาจุดเครื่องหมายกากบาทลงบนกราฟ และอ่านการเจริญเติบโตของเด็ก โดยดูเครื่องหมายกากบาทว่าอยู่ในแถบสีใด อ่านข้อความที่อยู่บนแถบสีนั้น ซึ่งแบ่งกลุ่มภาวะโภชนาการเป็น 3 กลุ่มคือ



1. น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ มี 3 ระดับย่อยคือ

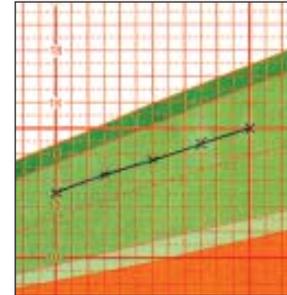
1.1 น้ำหนักตามเกณฑ์ เป็นน้ำหนักที่เหมาะสมและควรส่งเสริมให้เด็กมีน้ำหนักอยู่ในระดับนี้

1.2 น้ำหนักค่อนข้างมาก ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เป็นการเตือนให้ระวังหากไม่ดูแล น้ำหนักจะมากเกินเกณฑ์อายุ

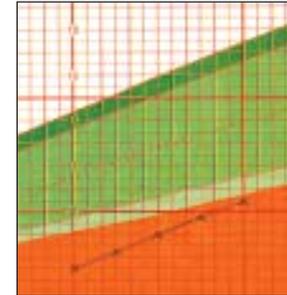
1.3 น้ำหนักค่อนข้างน้อย ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติเช่นกัน แต่เป็นการเตือนให้ระวัง หากไม่ดูแลน้ำหนักจะน้อยกว่าเกณฑ์อายุ

2. น้ำหนักมากเกินเกณฑ์ บอกไม่ได้ว่าเด็กอ้วนหรือไม่ อาจเป็นเด็กที่มีส่วนสูงมากจึงทำให้มีน้ำหนักมากกว่าเด็กทั่วไป ควรตรวจสอบโดยใช้กราฟ น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง

3. น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ แสดงว่าได้รับอาหารไม่เพียงพอ เด็กจะเจ็บป่วยบ่อย ถ้าได้รับอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลานาน จะมีผลต่อความสูง เรียนรู้ช้า ไม่ฉลาด



(รูปที่ 1)



(รูปที่ 2)

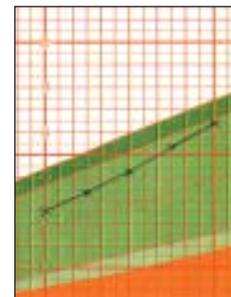
ข้อแนะนำ

จุดน้ำหนักลงบนกราฟทุกครั้งที่ชั่งน้ำหนัก แล้วลากเส้นตรงเชื่อมจุดที่มีเครื่องหมายกากบาทแต่ละจุด แม่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตามวัยของลูกว่าเพิ่มมากขึ้นหรือน้อยเพียงใด เพื่อดูแลให้ลูกมีภาวะโภชนาการอยู่ใน “น้ำหนักตามเกณฑ์” และเพิ่มน้ำหนักไปตามเส้นประ (รูปที่ 1)

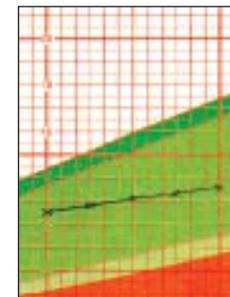
ถ้าลูกอยู่ในน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นช้า แสดงว่า แม่ดูแลให้อาหาร ลูกดีแล้ว และลูกจะมีน้ำหนักตามเกณฑ์ (รูปที่ 2)

ข้อควรระวัง

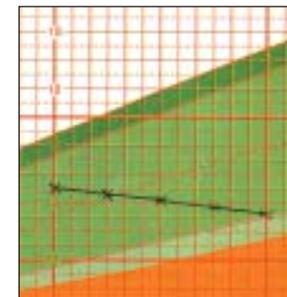
• ถ้าลูกมีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ แม่ควรดูแลน้ำหนักของลูก อย่านำเปรียบเทียบกับคนอื่น เส้นประ มิเช่นนั้น ลูกมีโอกาสน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ หรือน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ได้ (รูปที่ 3, 4, 5)



(รูปที่ 3)



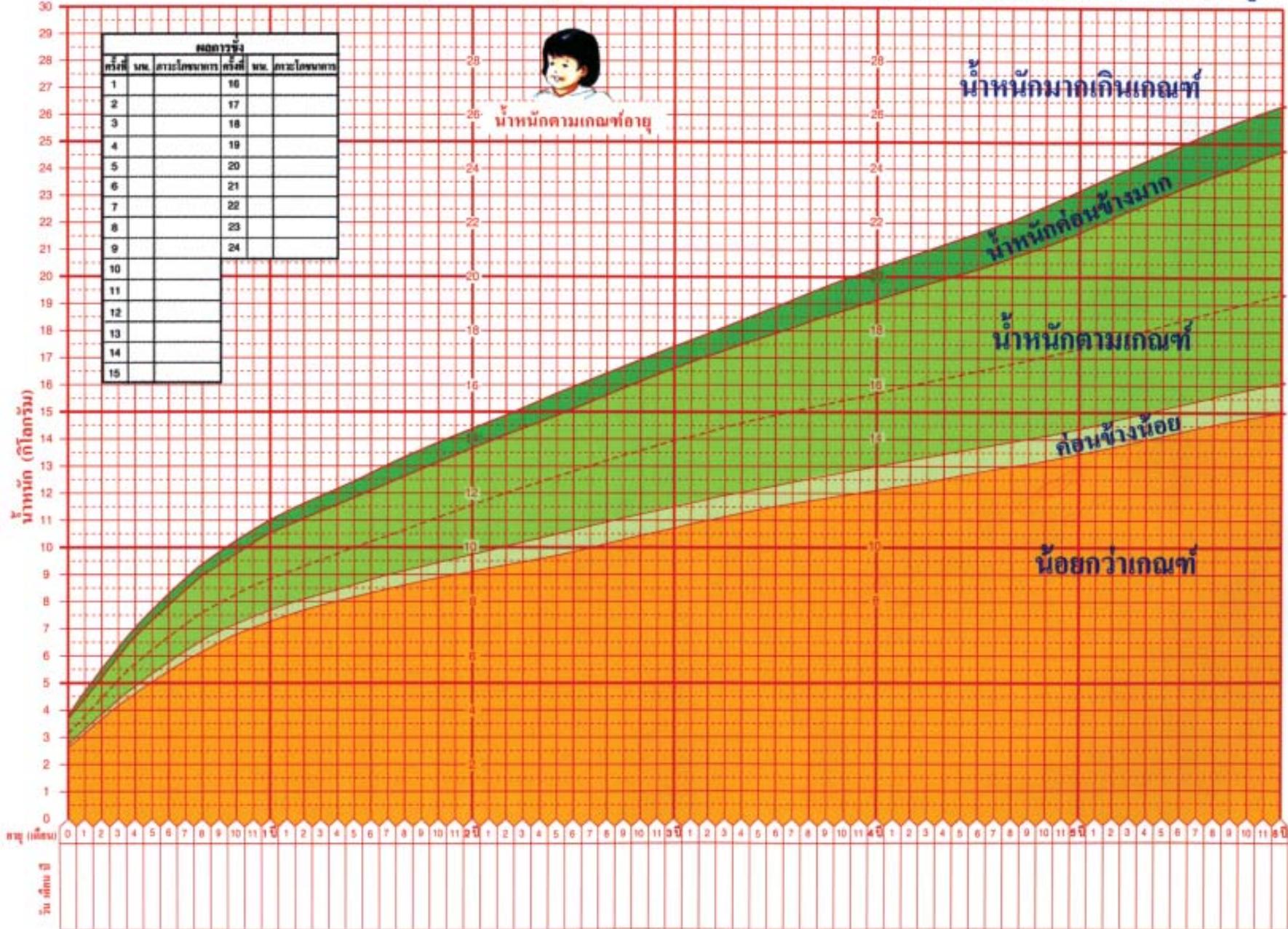
(รูปที่ 4)



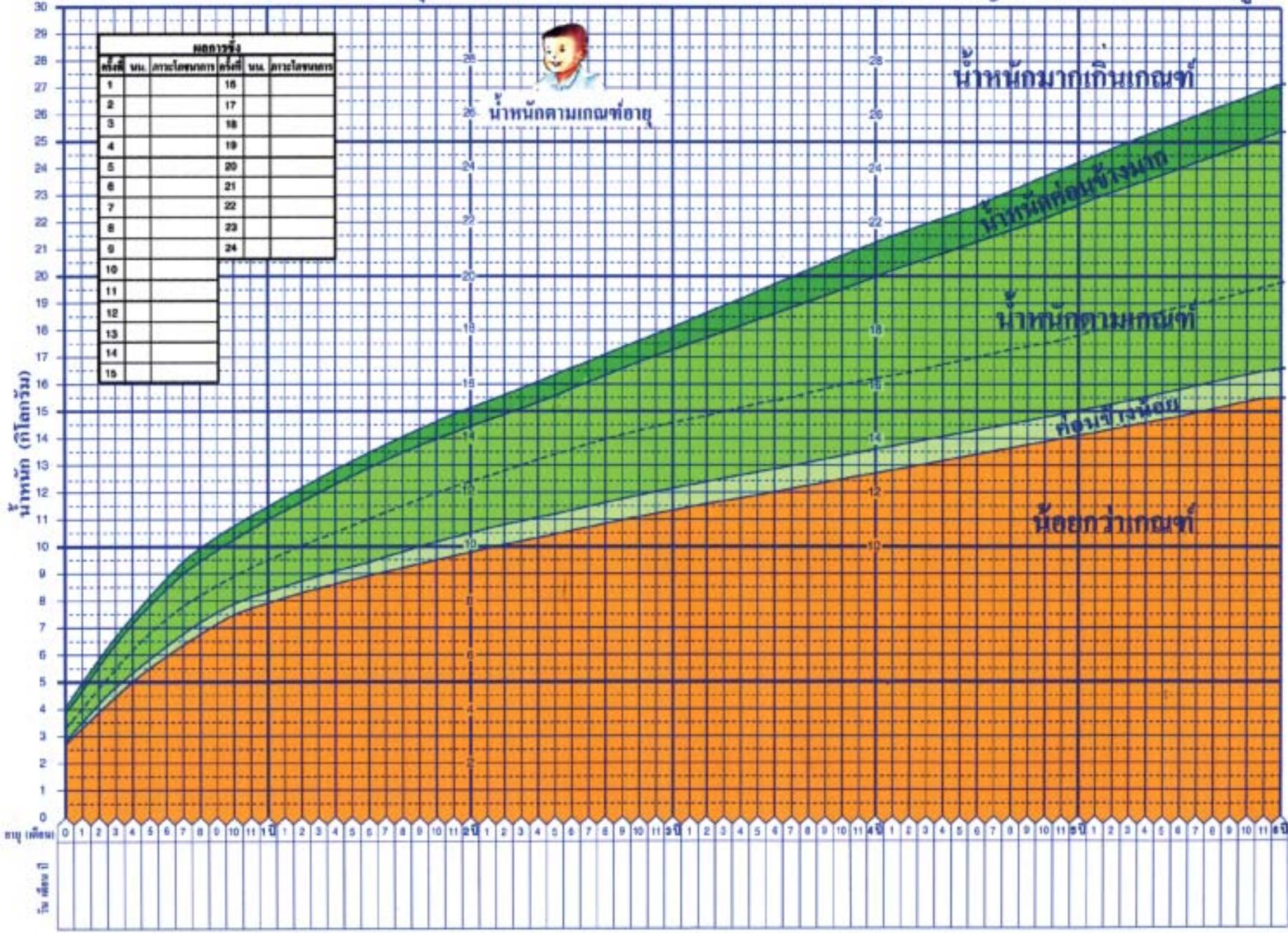
(รูปที่ 5)



กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ของ **เพศหญิง** สำหรับพ่อ-แม่ใช้ในการติดตามการเจริญเติบโตด้านน้ำหนักของลูก



กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ของเพศชาย สำหรับพ่อ-แม่ใช้ในการติดตามการเจริญเติบโตด้านน้ำหนักของลูก



อาหารทารกตามวัย (แรกเกิด - 12 เดือน)



แรกเกิด - 4 เดือน	กินนมแม่อย่างเพียงพอ					โดยไม่ต้องให้น้ำและอาหารอื่น
4 เดือนขึ้นไป ขี้วบดละเอียดกับน้ำแกงจืด สลัดไข่แดง ตับ กลัวยสุกครูด นมแม่	 ขี้วบด 2 ช้อนกินข้าว	 ไข่แดง 1/2 ฟอง	 ตับบด 1/2 ช้อนกินข้าว	 กลัวยน้ำว่าสุก 1 ผล	 น้ำแกงจืด 6 ช้อนกินข้าว	 นมแม่
5 เดือน ขี้วบดละเอียดกับน้ำแกงจืด เพิ่มปลา ผักใบเขียว ฟักทอง มะเขือเทศ แครอท สลัดกัน นมแม่	 ขี้วบด 3 ช้อนกินข้าว	 ไข่แดง 1/2 ฟอง	 ปลาบด 2 ช้อนกินข้าว	 ผักเขียวเหลืองบด 1 ช้อนกินข้าว	 กลัวยน้ำว่าสุก 1 ผล	 นมแม่
6 เดือน ให้อาหารเหมือนเดือนก่อนๆ แต่อ่อนนุ่มและข้นขึ้นให้กินเป็นมือ 1 มือและอาหารว่างผลไม้สุก 1 มือ นมแม่	 ขี้วบด 3 ช้อนกินข้าว	 ไข่แดง 1/2 ฟอง	 ให้สลัดกันไป	 ผักเขียวแดงบด 1 ช้อนกินข้าว	 ผลไม้สุก 2-3 ชิ้น	 นมแม่
7 เดือน ให้อาหารเหมือนเดือนก่อนๆ แต่อ่อน นุ่มและหยาบขึ้น เพิ่มเนื้อสัตว์บด และให้ไข่ทั้งฟองสลัดกัน ผลไม้สุก นมแม่	 ขี้วหุงนึ่งๆ 4 ช้อนกินข้าว	 ไข่ทั้งฟอง 1 ฟอง	 ให้สลัดกันไป	 ผักหั่น 1 1/2 ช้อนกินข้าว	 ผลไม้สุก 2-3 ชิ้น	 นมแม่
8-9 เดือน ให้อาหารเหมือนเดือนก่อนๆ แต่อ่อนนุ่มเป็นชิ้นเล็กๆ รสไม่จัด เพิ่มเป็น 2 มือ อาหารว่าง นมแม่	 ขี้วหุงนึ่งๆ 5 ช้อนกินข้าว	 ไข่ทั้งฟอง 1 ฟอง	 ให้สลัดกันไป	 ผักหั่น 1 1/2 ช้อนกินข้าว	 ผลไม้สุก 3-4 ชิ้น	 นมแม่
10 - 12 เดือน ให้อาหารเหมือนเดือนก่อนๆ แต่อ่อนนุ่มและแห้งขึ้น เพิ่มเป็น 3 มือ อาหารว่าง นมแม่	 ขี้วหุงนึ่งๆ 5 ช้อนกินข้าว	 ไข่ทั้งฟอง 1 ฟอง	 ให้สลัดกันไป	 ผักหั่น 1 1/2 ช้อนกินข้าว	 ผลไม้สุก 3-4 ชิ้น	 นมแม่



ปริมาณอาหารใน 1 วัน ที่เด็กควรได้

- สำหรับเด็กอายุ 1-5 ปี

กลุ่มอาหาร	ปริมาณ		หมายเหตุ
	เด็ก 1-2 ปี	เด็ก 3-5 ปี	
นม	 นม 1-3 แก้ว	 นม 1-3 แก้ว	นมสด หรือนมผง
ไข่	 ไข่ครึ่งฟอง	 ไข่ 1 ฟอง	ไข่ไก่ หรือไข่เป็ด ควรปรุงสุกเพื่อให้ ย่อยง่าย
เนื้อสัตว์ต่างๆ และถั่วเมล็ดแห้ง	 เนื้อสัตว์ 2 ช้อนกินข้าว	 เนื้อสัตว์ 4 ช้อนกินข้าว	ควรหั่นเป็นชิ้นเล็ก เพื่อสะดวกในการเคี้ยว กินอาหารทะเล และเครื่องใน เช่น ตับ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
ข้าวสุก หรือ ก๋วยเตี๋ยวหรือ ขนมจีน	 ข้าว 4 1/2 ทัพพี	 ข้าว 6 ทัพพี	ข้าวหุงไม่เหนียวหรือหนึ่ง
ผักใบเขียว	 ผักใบเขียว 1 1/2 ทัพพี	 ผักใบเขียว 3 ทัพพี	ควรเป็นผักสีเขียวเข้ม หรือสีเหลืองส้ม และ ผักอื่นๆ ด้วยทุกมื้อ
ผลไม้ตามฤดูกาล	 ผลไม้ 3 ส่วน	 ผลไม้ 3 ส่วน	ผลไม้สดตามฤดูกาล ล้างให้สะอาดก่อนให้เด็กกิน (1 ส่วนของผลไม้แต่ละชนิดไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับขนาด เช่น กล้วยน้ำว่า 1 ผล ส้มเขียวหวาน 1 ผลกลาง มะม่วงสุกครึ่งผล มะละกอสูก 6 ชิ้นพอคำ)
น้ำมันจากพืช และสัตว์	 น้ำมันพืช 2-3 ช้อนชา	 น้ำมันพืช 3 ช้อนชา	น้ำมัน หรือเนยสด หรือกะทิ

การดูแลเด็ก

ให้การดูแลเด็กตามช่วงอายุ ดังนี้

แรกเกิดถึง 1 เดือน

- ♥ ถ้าสะดือยังไม่หลุด เช็ดสะดือให้แห้งด้วยแอลกอฮอล์ ทุกครั้งหลังอาบน้ำห้ามใช้แป้ง หรือยาผงใดๆ โรยสะดือ
- ♥ เด็กที่กินนมแม่ อาจถ่ายอุจจาระเหลวได้ แต่ถ้าบ่อยและไม่ค่อยหยุดนม ต้องรีบปรึกษาแพทย์
- ♥ เด็กตัวเหลืองต้องพาไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1 เดือน - 6 ปี

- ♥ ชั่งน้ำหนักทุก 3 เดือน วัดส่วนสูงทุก 1 ปี แล้วนำไปเปรียบเทียบในกราฟแสดงการเจริญเติบโต
- ♥ ตรวจสอบภาพ และรับวัคซีนตามนัด เมื่ออายุ 2, 4, 6, 9-12 เดือน 1½ ปี, 2 ปี หลังจากนั้นตรวจสอบสุขภาพทุกปี จนอายุ 6 ปี



ข้อควรระวัง

- ♥ นำเด็กไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้ามีอาการซึม, ไข้สูง, ชัก, ท้องอืด, อาเจียน, หายใจเร็ว, หอบ, หายใจลำบาก
- ♥ ถ้าเด็กไข้สูง ตัวร้อน ต้องเช็ดตัวด้วยน้ำธรรมดา ก่อนไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ♥ ระวังอุบัติเหตุต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับเด็ก เช่น น้ำร้อนลวก ไฟไหม้ไฟดูด จมน้ำ กินสารพิษ อุบัติเหตุบนท้องถนน อื่นๆ
- ♥ ห้ามกวาดยาเด็ก เพราะจะนำเชื้อโรคเข้าสู่ช่องคอได้



การดูแลเด็กเป็นโรคไข้หวัด

เด็ก 1-5 ปี จะเป็นหวัดบ่อย พ่อ-แม่ให้การดูแลเองได้ โดยให้ดื่มน้ำบ่อยๆ กินอาหารได้ตามปกติ ถ้าตัวร้อนให้เช็ดตัว และกินยาลดไข้ห่างกันทุก 4-6 ชั่วโมง ถ้าไอบ่อยให้กินยาแก้ไอขับเสมหะ ไม่ต้องกินยาปฏิชีวนะ(ยาฆ่าเชื้อ/แก้อักเสบ) โรคหวัดจะมีอาการไข้ น้ำมูก ไอ ใน 2-3 วันแรก ต่อไปมีไอราว 1-2 สัปดาห์ก็จะหาย

ถ้าไอบ่อย หายใจผิดปกติ หายใจเร็ว แรงจนชายโครงบวม มีเสียงดัง หรือ หอบ ซึม ไม่ดูดนม อาจปวดบวม จะต้องรีบพาไปพบแพทย์

การดูแลเด็กเป็นโรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วง หมายถึง

- ♥ ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า
- ♥ ถ่ายอุจจาระมีมูกปนเลือด อย่างน้อย 1 ครั้ง
- ♥ ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน

เด็กเล็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว อาจทำให้ช็อค หมดสติ และเสียชีวิตได้

การดูแลรักษาขั้นต้นเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่บ้าน

1. ให้สารน้ำเพื่อทดแทนน้ำและเกลือแร่ที่สูญเสียไปกับอุจจาระ ได้แก่

- ♥ สารละลายน้ำตาลเกลือแร่หรือโออาร์เอส (แนะนำให้ใช้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่หรือ ORS องค์การเภสัชกรรม โดยวิธีผสมตุ๋นที่ข้างซอง)
- ♥ เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ให้ครั้งละ 50-100 ซี.ซี. (หนึ่งในสี่ถึงครึ่งแก้ว) ทุกครั้งที่ถ่าย

ควรใช้ช้อนป้อนไม่ควรใช้ขวดนม เนื่องจากได้รับเร็วไปอาจทำให้อาเจียนได้

- ♥ เด็กอายุ 2-10 ปี ให้ครั้งละ 100-200 ซีซี(ครึ่งแก้ว-1 แก้ว)ทุกครั้งที่ถ่าย

2. ไม่ควรงดอาหารในระหว่างเป็นโรคอุจจาระร่วง ถ้าเลี้ยงด้วยนมแม่ กระตุ้นให้ลูกดูดนมให้มากขึ้น



การดูแลฟันลูก

ฟันเริ่มขึ้นซี่แรก



ใช้ผ้าชุบน้ำสะอาดเช็ดฟันให้ลูกอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

ฟันขึ้นหลายซี่



แปรงฟันให้ลูกก่อนนอนทุกวัน

ดูแลอาหารว่างของลูก



ให้ลูกต็มนมจืดเมื่อเลิกนมแม่
ให้ลูกกินขนมหลังอาหารมื้อหลักเพื่อลดการกินจุบจิบ
เลือกอาหารว่างที่มีประโยชน์ เช่น ผลไม้ ถั่ว ต้ม หรือเนื้อสัตว์อบแห้งแทนขนมหวานเหนียว

หมั่นตรวจและสังเกตฟันลูก



เปิดริมฝีปากลูกดูฟัน ถ้าพบคราบสกปรกให้เช็ด หรือแปรงออก หากฟันมีสีขุ่นขาวหรือเปลี่ยนเป็นสีดำหรือมีรูผุควรพาลูกไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เด็กวัย 6-8 เดือน จะมีอาการเคืองเหงือก ชอบกัดแทะสิ่งของ ควรเลือกของเล่นที่เน้นความสะอาดและปลอดภัย โดยมีขนาดใหญ่พอที่จะไม่หลุดลงคอ ไม่คม หักง่าย ขาดง่าย สะอาด และสีที่ประกอบต้องไม่เป็นพิษ

แม่แปรงฟันให้ลูก



การแปรงฟันลูกให้สะอาด เป็นวิธีการป้องกันฟันผุอย่างได้ผล หากลูกฟันผุ จะปวดฟัน เบื่ออาหาร ร้องไห้แง และเจ็บป่วยบ่อยๆ

♥ อายุ 1-2 ปี แม่ต้องเป็นผู้แปรงฟันให้ลูก เพราะลูกยังไม่สามารถแปรงฟันได้เอง อายุ 3-6 ปี แม่ฝึกให้ลูกแปรงฟันเอง และแม่แปรงซ้ำให้เพื่อให้ฟันสะอาด ลูกจะแปรงฟันได้เองเมื่ออายุประมาณ 7-8 ปี

♥ วิธีที่เหมาะสม ให้ลูกนอนศีรษะหนุนตักแม่ หันหน้าทิศทางเดียวกัน ให้ลูกแหงนหน้าเล็กน้อย เพื่อให้เห็นฟันได้ชัดเจน และแปรงได้สะดวก ใช้นิ้วมือข้างที่ไม่ได้จับแปรง ดึงกระพุ้งแก้ม ริมฝีปากส่วนที่จะแปรง เพื่อกันไม่ให้แปรงกระแทก ถูกเหงือกและกระพุ้งแก้มลูก วางแปรงสีฟันตั้งฉากกับตัวฟัน ถูแปรงไปมาสั้นๆ ในแนวนอน ให้ทั่วทุกซี่ทั้งด้านหน้าและด้านในของฟัน

♥ เวลาแปรงฟันให้ลูก คือ ตอนเช้า และก่อนนอน อย่าปล่อยให้ลูกหลับไปพร้อมกับเศษอาหารที่ตกค้างในปาก เพราะทำให้ฟันผุได้ง่าย

♥ ยาสีฟันในเด็กเล็กอาจไม่จำเป็นต้องใช้ หรือใช้เพียงเล็กน้อยและขนแปรงสีฟันพอชื้น หรือใช้ขนาดเท่าเม็ดถั่วเขียว เพื่อป้องกันการกรกลืนยาสีฟันมากเกินไป



คำแนะนำเกี่ยวกับการได้รับวัคซีน

♥ วัคซีนบางชนิดจำเป็นต้องได้รับมากกว่า 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานได้สูงเพียงพอในระดับที่สามารถป้องกันโรคได้ ดังนั้นผู้ปกครองจึงควรพาบุตรหลานไปรับวัคซีนตามกำหนดนัดทุกครั้ง ซึ่งมีบันทึกไว้ในสมุดเล่มนี้

♥ เด็กที่เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น หวัด ไอ หรือไข้ต่ำ สามารถรับวัคซีนได้

♥ หลังได้รับวัคซีนบางชนิด เด็กอาจตัวร้อน เป็นไข้ ซึ่งจะหายได้ในเวลาอันสั้น ให้เช็ดตัว ตีมน้ำมากๆ และให้ยาลดไข้ตามคำแนะนำของแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

♥ ถ้าเด็กเคยมีประวัติแพ้ยา หรือเคยมีอาการรุนแรงหลังได้รับวัคซีน เช่น ชัก ไข้สูงมาก โปรดแจ้งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนรับวัคซีนด้วย

♥ ผลที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค อาจเป็นฝีขนาดเล็ก อยู่ได้นาน 3-4 สัปดาห์ ไม่จำเป็นต้องใส่ยาหรือปิดแผล เพียงใช้สำลีสะอาดชุบน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วเช็ดรอบๆ แผล

♥ โปรดเก็บสมุดบันทึกสุขภาพเล่มนี้ไว้ เพื่อประโยชน์ของบุตรหลานในการติดตามดูว่า บุตรหลานได้รับวัคซีนอะไรบ้าง ครบถ้วนหรือไม่ นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นหลักฐานสำคัญในโอกาสต่างๆ เช่น การมอบตัวบุตรหลาน**เข้าเรียนต่อในชั้นประถมศึกษาและ การเดินทางไปต่างประเทศ** เป็นต้น





บันทึกการเจริญเติบโตของเด็ก

(เจ้าหน้าที่บันทึก)



อายุ	วัน เดือน ปี ที่ตรวจ	น้ำหนัก (กรัม.ก.ก.)	ส่วนสูง (ซ.ม.)	เส้นรอบ ศีรษะ(ซ.ม.)	ฟัน (จำนวนซี่)		หมายเหตุ
					ที่ขึ้น	ที่ผุ	
แรกเกิด -7 วัน							เส้นรอบศีรษะปกติของเด็กแรกเกิดประมาณ 35 ซ.ม. ส่วนสูงปกติของเด็กแรกเกิดประมาณ 50 ซ.ม.
7-14 วัน							
1 เดือน							
2-3 เดือน							
4-5 เดือน							กระหม่อมหลังปิดอย่างช้าไม่เกิน อายุ 4 เดือน
6-7 เดือน							
9 เดือน							
1 ปี							อายุ 1 ปี เส้นรอบศีรษะเพิ่มขึ้นอีกปีละ 1 ซ.ม.
1 ปีครึ่ง							กระหม่อมหน้าปิดอย่างช้าไม่เกิน 1 ปีครึ่ง
2 ปี							เด็กอายุ 2-5 ปี เส้นรอบศีรษะ เพิ่มขึ้นอีกปีละ 1 ซ.ม.
3 ปี							
4 ปี							
5 ปี							

“พ่อแม่ ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลการเจริญเติบโตของเด็ก”

บันทึกการได้รับวัคซีนป้องกันโรคขั้นพื้นฐาน

วัคซีน	อายุที่ควรได้รับ	วัน เดือน ปี/สถานที่ได้รับวัคซีน				
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
ฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค	<ul style="list-style-type: none"> ■ แรกเกิด ■ 6 ปี* 					
ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี	<ul style="list-style-type: none"> ■ แรกเกิด ■ 2 เดือน ■ 6 เดือน 					
<ul style="list-style-type: none"> ♥ กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ♥ ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก-ไอกรน 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2 เดือน ■ 4 เดือน ■ 6 เดือน ■ หนึ่งปีครึ่ง ■ 4 ปี 					
ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด หรือ ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน	<ul style="list-style-type: none"> ■ 9-12 เดือน ■ 6 ปี** 					
ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้มอง อักเสบ เจอี	<ul style="list-style-type: none"> ■ หนึ่งปีครึ่ง (ฉีด 2 เข็มห่างกัน 1-2 สัปดาห์) ■ สองปีครึ่ง 					
วัคซีนอื่นๆ.....						
.....						
.....						
.....						

หมายเหตุ

1. หากไม่สามารถพาเด็กไปรับวัคซีนได้ตามกำหนด โปรดนำเด็กพร้อมสมุดเล่มนี้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเร็ว
2. * กรณีเด็กไม่มีผลเป็นจากการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค บางรายอาจไม่มีภูมิต้านทานเกิดขึ้น เด็กจะได้รับ การฉีดวัคซีนอีก 1 ครั้ง เมื่อเข้าเรียนชั้น ป.1
3. ** ตามแผนงานของกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการแก่นักเรียนชั้น ป.1



บันทึกสุขภาพของลูก

ประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญและผ่าตัด.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

บันทึกความจำของพ่อและแม่เกี่ยวกับลูก.....

.....

.....

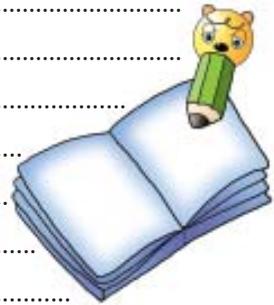
.....

.....

.....

.....

.....



วันนี้คุณกอดลูกกี่ครั้ง

ท.ร. 1/1 ตอนที่ 1 นายทะเบียนผู้รับแจ้งเกิดฉีกเก็บไว้เป็นหลักฐาน
ห้ามกรอกข้อมูล ด้วยตนเองในหนังสือรับรองการเกิด
(ใช้เฉพาะเจ้าหน้าที่)



ท.ร. 1/1 ตอนที่ 1

หนังสือรับรองการเกิด

สถานที่ออกหนังสือรับรอง ก. ชื่อสถานพยาบาล _____

ข. บ้านเลขที่ _____ ถนน _____ หมู่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

ที่ _____ / _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1 เด็กที่ เกิด	1.1 ชื่อตัว เลขประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>		ชื่อสกุล		1.2 เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	1.3 สัญชาติ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) _____		
	1.4 เกิดเมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____		ณ สถานพยาบาล		เวลา	ตรงกับวัน _____	เดือน _____ ปี _____	
	1.5 ชื่อสถานที่ที่เกิด		บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน		ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด <input type="checkbox"/>			
2 สถานภาพ ของครอบครัว	บิดา	2.1 ชื่อตัว เลขประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>		ชื่อสกุล		มารดา	2.2 ชื่อตัว เลขประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>	
	บุตร	2.3 เป็นบุตรลำดับที่ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		2.4 จำนวนบุตรทั้งหมดมี _____ คน ยังมีชีวิตอยู่ _____ คน คลอดแล้วตาย _____ คน ตายในครรภ์ _____ คน				
3 ผู้ทำคลอด	3.1 เป็น หมอตำแย <input type="checkbox"/> ผดุงครรภ์ <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/> พนักงานอนามัย <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> แพทย์แผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ _____							
	3.2 ชื่อตัว ชื่อสกุล		3.3 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด					
4 เด็กที่ เกิด	4.1 เกิดแล้ว <input type="checkbox"/>	4.2 เกิดแฝด <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> สาม <input type="checkbox"/> สี่		4.3 เกิดแฝดลำดับที่ หนึ่ง <input type="checkbox"/> สอง <input type="checkbox"/> สาม <input type="checkbox"/> สี่ <input type="checkbox"/>				
	4.4 อยู่ในครรภ์นาน เดือน สัปดาห์ <input type="checkbox"/>		4.5 น้ำหนักเด็ก กรัม <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	4.6 บาดเจ็บเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มี คือ _____		4.7 ร่างกายวิปริตมาแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มี คือ _____					
5 การเจ็บป่วยของ มารดา	5.1 เจ็บป่วยเนื่องจากการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มี คือ _____		5.2 เจ็บป่วยไม่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มี คือ _____					
	5.3 เจ็บป่วยเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มี คือ _____		5.4 ทำคลอดโดยวิธีพิเศษ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มี คือ _____					
ลงชื่อ _____ ผู้ทำคลอด (_____)				ลงชื่อ _____ ผู้ออกหนังสือ (_____) รับรองการเกิด				
ลงชื่อ _____ นายทะเบียนผู้รับแจ้งการเกิด (_____)				ลงชื่อ _____ เจ้าบ้านผู้มอบอำนาจ (_____) ให้ไปแจ้งการเกิด				
นายทะเบียน				ลงชื่อ _____ ผู้รับมอบอำนาจให้ไป (_____) ดำเนินการแจ้งการเกิด				
เลขที่ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		จังหวัด <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		เลขควบคุม <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
วัน เดือน ปี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								

ท.ร. 1/1 ตอนที่ 2 สถานพยาบาลเล็กเก็บไว้กับทะเบียนคนไข้
ห้ามกรอกข้อมูล ด้วยตนเองในหนังสือรับรองการเกิด
(ใช้เฉพาะเจ้าหน้าที่)



ท.ร. 1/1 ตอนที่ 2

หนังสือรับรองการเกิด

สถานที่ออกหนังสือรับรอง ก. ชื่อสถานพยาบาล _____

ข. บ้านเลขที่ _____ ถนน _____ หมู่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

ที่ _____ / _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1 เด็กที่ เกิด	1.1 ชื่อตัว _____ ชื่อสกุล _____		1.2 เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		1.3 สัญชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) _____		
	เลขประจำตัวประชาชน _____				เวลา _____ ตรงกับวัน _____ เดือน _____ ปี _____		
	1.4 เกิดเมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____		ณ สถานพยาบาล _____		น. <input type="checkbox"/> ชั้น <input type="checkbox"/> กำ <input type="checkbox"/> แรม <input type="checkbox"/> กำ		
1.5 ชื่อสถานที่ที่เกิด _____		บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน _____		ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด _____			
2 สถานภาพ ของครอบครัว	บิดา	2.1 ชื่อตัว _____ ชื่อสกุล _____		มารดา	2.2 ชื่อตัว _____ ชื่อสกุล _____		
	เลขประจำตัวประชาชน _____		เลขประจำตัวประชาชน _____				
3 ผู้ทำคลอด	บุตร	2.3 เป็นบุตรลำดับที่ _____ <input type="checkbox"/>		2.4 จำนวนบุตรทั้งหมดมี _____ คน			
			ยังมีชีวิตอยู่ _____ คน		คลอดแล้วตาย _____ คน		
3.1 เป็น <input type="checkbox"/> หมอตำแย <input type="checkbox"/> ผดุงครรภ์ <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/> พนักงานอนามัย <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> แพทย์แผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____		3.2 ชื่อตัว _____ ชื่อสกุล _____					
		3.3 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด _____					
4 เด็กที่ เกิด	4.1 เกิดเดี่ยว <input type="checkbox"/>	4.2 เกิดแฝด <input type="checkbox"/>		4.3 เกิดแฝดลำดับที่ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> สาม <input type="checkbox"/> สี่		4.4 อยู่ในครรภ์นาน _____ เดือน สัปดาห์ _____ <input type="checkbox"/>		
	4.5 น้ำหนักเด็ก _____ กรัม <input type="checkbox"/>		4.6 ปรากฏตัวปริศมาแต่กำเนิด <input type="checkbox"/>				
4.7 ปรากฏตัวปริศมาแต่กำเนิด <input type="checkbox"/>		4.8 ปรากฏตัวปริศมาแต่กำเนิด <input type="checkbox"/>		4.9 ปรากฏตัวปริศมาแต่กำเนิด <input type="checkbox"/>			
5 การเจ็บป่วยของ มารดา	5.1 เจ็บป่วยเนื่องจากการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/>		5.2 เจ็บป่วยไม่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/>		5.3 เจ็บป่วยเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/>		
	5.4 เจ็บป่วยเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/>		5.5 เจ็บป่วยเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/>		5.6 เจ็บป่วยเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/>		
ลงชื่อ _____ ผู้ทำคลอด (_____)		ลงชื่อ _____ ผู้ออกหนังสือ (_____) รับรองการเกิด					
ลงชื่อ _____ นายทะเบียนผู้รับแจ้งการเกิด (_____)		ลงชื่อ _____ เจ้าบ้านผู้มอบอำนาจ (_____) ให้ไปแจ้งการเกิด					
นายทะเบียน		ลงชื่อ _____ ผู้รับมอบอำนาจให้ไป (_____) ดำเนินการแจ้งการเกิด					
เลขที่ _____ จังหวัด _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		เลขควบคุม _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
วัน เดือน ปี _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							

ท.ร. 1/1 ตอนที่ 3 คงอยู่ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
ห้ามกรอกข้อมูล ด้วยตนเองในหนังสือรับรองการเกิด
(ใช้เฉพาะเจ้าหน้าที่)



ท.ร. 1/1 ตอนที่ 3

หนังสือรับรองการเกิด

สถานที่ออกหนังสือรับรอง ก. ชื่อสถานพยาบาล _____

ข. บ้านเลขที่ _____ ถนน _____ หมู่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

ที่ _____ / _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1 เด็กที่ เกิด	1.1 ชื่อตัว ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>		1.2 เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	1.3 สัญชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) _____		
	1.4 เกิดเมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ณ สถานพยาบาล _____			เวลา _____	ตรงกับวัน _____ เดือน _____ ปี _____ น. <input type="checkbox"/> ขึ้น ค่ำ <input type="checkbox"/> แรม ค่ำ	
	1.5 ชื่อสถานที่ที่เกิด		บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน	ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด _____		
2 สถานภาพ ของครอบครัว	บิดา	2.1 ชื่อตัว ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>		มารดา	2.2 ชื่อตัว ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>	
	บุตร	2.3 เป็นบุตรลำดับที่ _____ <input type="checkbox"/>		2.4 จำนวนบุตรทั้งหมดมี _____ คน ยังมีชีวิตอยู่ _____ คน คลอดแล้วตาย _____ คน ตายในครรภ์ _____ คน		
3 ผู้ทำคลอด	3.1 เป็น <input type="checkbox"/> หมอตำแย <input type="checkbox"/> ผดุงครรภ์ <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/> พนักงานอนามัย <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> แพทย์แผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ <input type="checkbox"/>		3.2 ชื่อตัว ชื่อสกุล			
			3.3 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด _____			
4 เด็กที่ เกิด	4.1 เกิดเดี่ยว <input type="checkbox"/>		4.2 เกิดแฝด <input type="checkbox"/>		4.3 เกิดแฝดลำดับที่ หนึ่ง <input type="checkbox"/> สอง <input type="checkbox"/> สาม <input type="checkbox"/> สี่ <input type="checkbox"/>	
	4.4 อยู่ในครรภ์นาน _____ เดือน สัปดาห์ _____		4.5 น้ำหนักเด็ก _____ กรัม			
	4.6 บาดเจ็บเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ _____		4.7 ร่างกายวิปริตมาแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ _____			
5 การเจ็บป่วยของ มารดา	5.1 เจ็บป่วยเนื่องจากการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ _____		5.2 เจ็บป่วยไม่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ _____			
	5.3 เจ็บป่วยเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ _____		5.4 ทำคลอดโดยวิธีพิเศษ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ _____			
ลงชื่อ _____ ผู้ทำคลอด (_____)			ลงชื่อ _____ ผู้ออกหนังสือ (_____) รับรองการเกิด			
ลงชื่อ _____ นายทะเบียนผู้รับแจ้งการเกิด (_____)			ลงชื่อ _____ เจ้าบ้านผู้มอบอำนาจ (_____) ให้ไปแจ้งการเกิด			
นายทะเบียน			ลงชื่อ _____ ผู้รับมอบอำนาจให้ไป (_____) ดำเนินการแจ้งการเกิด			
เลขที่ <input type="text"/>		จังหวัด <input type="text"/>				
วัน เดือน ปี <input type="text"/>		เลขควบคุม <input type="text"/>				

ที่ มท. 0310.1/3944



กรมการปกครอง
ถนนอังนฤงค์ กท 10200
12 กุมภาพันธ์ 2540

เรื่อง โครงการพัฒนาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก
โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
เวียน อธิบดีกรมอนามัย
อ้างอิง หนังสือกรมอนามัย คำวนที่สุด ที่ สธ. 0711.03/0442 ลงวันที่ 14
มกราคม 2540

ตามที่กรมอนามัยขออนุญาตนำแบบพิมพ์หนังสือรับรองการเกิด (ท.ร.1/1) จัดพิมพ์ไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ฉบับปรับปรุงใหม่ ดังความละเอียดเป็นที่ยอมรับแล้ว นั้น

กรมการปกครองได้พิจารณาแล้ว อนุญาตให้กรมอนามัยนำแบบพิมพ์หนังสือรับรองการเกิด (ท.ร.1/1) ตอนที่ 1 และตอนที่ 2 จัดพิมพ์ไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กได้ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกประชาชนและหน่วยงานซึ่งมีหน้าที่ต้องออกหนังสือรับรองการเกิด (ท.ร.1/1) ตาม พ.ร.บ. การทะเบียนราษฎร พ.ศ.2534 มาตรา 23 และสะดวกในการที่จะใช้เป็นเอกสารประกอบหลักฐานในการแจ้งการเกิดคู่สำนักทะเบียนแห่งท้องที่ที่เด็กเกิดด้วย

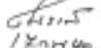
อนึ่ง สำหรับขั้นตอนแจ้งการย้ายที่อยู่สำหรับเด็กที่เกิดภายหลังจากนายทะเบียนได้ออกสูติบัตรให้แล้ว เป็นหน้าที่ของนายทะเบียนจะพิจารณาจากหลักฐานสูติบัตรและภูมิคำเนาของบิดา- มารดาตามระเบียบกรมการปกครอง ได้กำหนดไว้เป็นสำคัญ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

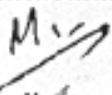
เวียน ผอ.สำนักส่งเสริม

- พราบ
- ดำเนินการ
- และเห็นควรนำเวียนท่านอธิบดี เพื่อโปรดทราบ


(นายณรงค์ ชาติวงษ์)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
กรมอนามัย

สำนักบริหารการทะเบียน
ส่วนการทะเบียนราษฎร
โทร. 2812486


(นายชนะศักดิ์ ชูสุวรรณ)
อธิบดีกรมการปกครอง

เวียนท่านอธิบดี

- กรมการปกครองอนุญาตให้นำแบบพิมพ์ ท.ร. 1/1 ลงในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กแล้ว
- เพื่อโปรดทราบ


(นายวิชัย เทือนถาวร)
ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

ทราบ


24/1/40
(นายปรกรณ์ วุฒิพงศ์)
อธิบดีกรมอนามัย

คำแนะนำที่ต้องปฏิบัติ

หนังสือรับรองการเกิด(ท.ร. 1/1) ซึ่งผู้ทำคลอดได้ลงชื่อรับรองไว้แล้วในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเล่มนี้มิใช่สูติบัตรหรือใบแจ้งเกิด บิดาหรือมารดาของเด็กจะต้องติดต่อนายทะเบียนอำเภอหรือนายทะเบียนท้องถิ่น ณ อำเภอ กิ่งอำเภอ เทศบาล เมืองพัทยา หรือเขตต่างๆ ในกทม. ซึ่งเป็นท้องที่ที่มีเด็กเกิด เพื่อแจ้งการเกิดของเด็ก ออกสูติบัตรและเพิ่มชื่อในทะเบียนบ้าน ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่เด็กเกิด โดยนำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเล่มนี้ พร้อมสำเนา ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้านและบัตรประจำตัวประชาชนของบิดาหรือมารดาของเด็กไปด้วย หากเกินกำหนดนี้จะมีความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎร ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 1,000 บาท

เอกสารที่ควรเตรียมไปใช้ในการแจ้งเกิดเด็ก

1. สำเนาทะเบียนบ้าน(ฉบับเจ้าบ้าน)
2. บัตรประจำตัวประชาชนของแม่และพ่อ
3. ใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี)

ข้อคิดเพื่อสุขภาพจิตของคุณ

ลูกแข็งแรงอารมณ์ดีและมีความสุข
ความสมบูรณ์ทั้งกายและใจของแม่

เกิดจากแม่ที่สมบูรณ์ทั้งกายและใจ
จะมีได้ด้วยการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากพ่อ