



สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ

National Institute of Child Health

แบบบันทึกการตรวจความสะอาดของร่างกายประจำวัน ห้องเรียน.....

ชื่อศูนย์เด็กเล็ก..... ชื่อครูผู้ดูแลเด็ก จำนวนเด็กที่รับผิดชอบคน

รายการ	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....				
	จันทร์ที่.....	อังคารที่.....	พุธที่.....	พฤหัสบดีที่.....	ศุกร์ที่.....
ผม/ศีรษะ	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ผมยาวควรตัด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ผมยาวควรตัด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ผมยาวควรตัด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ผมยาวควรตัด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ผมยาวควรตัด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด
ตา	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ตาแดง <input type="checkbox"/> มีขี้ตา <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ตาแดง <input type="checkbox"/> มีขี้ตา <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ตาแดง <input type="checkbox"/> มีขี้ตา <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ตาแดง <input type="checkbox"/> มีขี้ตา <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ตาแดง <input type="checkbox"/> มีขี้ตา <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
ปาก	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีกลิ่นปาก <input type="checkbox"/> มีแผลในปาก <input type="checkbox"/> มีตุ่มในปาก	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีกลิ่นปาก <input type="checkbox"/> มีแผลในปาก <input type="checkbox"/> มีตุ่มในปาก	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีกลิ่นปาก <input type="checkbox"/> มีแผลในปาก <input type="checkbox"/> มีตุ่มในปาก	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีกลิ่นปาก <input type="checkbox"/> มีแผลในปาก <input type="checkbox"/> มีตุ่มในปาก	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีกลิ่นปาก <input type="checkbox"/> มีแผลในปาก <input type="checkbox"/> มีตุ่มในปาก
ฟัน	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีคราบนม <input type="checkbox"/> ฟันผุ	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีคราบนม <input type="checkbox"/> ฟันผุ	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีคราบนม <input type="checkbox"/> ฟันผุ	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีคราบนม <input type="checkbox"/> ฟันผุ	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีคราบนม <input type="checkbox"/> ฟันผุ
หู	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด <input type="checkbox"/> มีขี้หู	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด <input type="checkbox"/> มีขี้หู	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด <input type="checkbox"/> มีขี้หู	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด <input type="checkbox"/> มีขี้หู	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด <input type="checkbox"/> มีขี้หู
จมูก	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีน้ำมูก..... <input type="checkbox"/> มีการอักเสบ	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีน้ำมูก..... <input type="checkbox"/> มีการอักเสบ	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีน้ำมูก..... <input type="checkbox"/> มีการอักเสบ	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีน้ำมูก..... <input type="checkbox"/> มีการอักเสบ	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีน้ำมูก..... <input type="checkbox"/> มีการอักเสบ
เล็บมือ/ เล็บเท้า	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> เล็บยาว <input type="checkbox"/> เล็บสกปรก	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> เล็บยาว <input type="checkbox"/> เล็บสกปรก	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> เล็บยาว <input type="checkbox"/> เล็บสกปรก	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> เล็บยาว <input type="checkbox"/> เล็บสกปรก	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> เล็บยาว <input type="checkbox"/> เล็บสกปรก
ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีแผล..... <input type="checkbox"/> มีขี้ไคล.....	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีแผล..... <input type="checkbox"/> มีขี้ไคล.....	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีแผล..... <input type="checkbox"/> มีขี้ไคล.....	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีแผล..... <input type="checkbox"/> มีขี้ไคล.....	<input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีแผล..... <input type="checkbox"/> มีขี้ไคล.....
ฝ่ามือ/ฝ่าเท้า	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> จุดหรือผื่นแดง <input type="checkbox"/> ตุ่มใส <input type="checkbox"/> ตุ่มหนอง	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> จุดหรือผื่นแดง <input type="checkbox"/> ตุ่มใส <input type="checkbox"/> ตุ่มหนอง	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> จุดหรือผื่นแดง <input type="checkbox"/> ตุ่มใส <input type="checkbox"/> ตุ่มหนอง	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> จุดหรือผื่นแดง <input type="checkbox"/> ตุ่มใส <input type="checkbox"/> ตุ่มหนอง	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> จุดหรือผื่นแดง <input type="checkbox"/> ตุ่มใส <input type="checkbox"/> ตุ่มหนอง
มียา	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ขวด	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ขวด	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ขวด	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ขวด	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ขวด

ลงชื่อ.....คุณครูผู้ตรวจ