

บัตรตรวจสุขภาพเด็ก
ภาคศึกษากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

ด.ญ./ด.ช.....อายุ.....ชาติ.....บุตรคนที่.....
ชื่อมารดา.....อายุ.....ปี ชื่อบิดา.....อายุ.....ปี
ครรภ์ที่.....จำนวนบุตรมีชีวิต.....อายุบุตรคนสุดท้อง.....

ส่วนที่ 1 กรณีเด็กไม่มีประวัติการคลอด (Information of newborn)

วันเดือนปีเกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....น้ำหนัก.....กรัม ยาว.....ซม. เส้นรอบศีรษะ.....ซม.

สถานที่เกิด ☐ บ้าน ☐ โรงพยาบาลรัฐบาล ☐ โรงพยาบาลเอกชน
☐ อื่นๆ.....

ประวัติการคลอด

การฝากครรภ์ ☐ ไม่ได้ฝาก ☐ ที่โรงพยาบาล ระบุ.....
☐ ที่อื่น.....ครั้งแรกเมื่อ.....ไปรับการตรวจ.....ครั้ง

ภาวะแทรกซ้อนของมารดา ☐ ไม่มีปัญหา ☐ มี ระบุ.....

ขณะมาอย่างครรภ์

ระยะการตั้งครรภ์ ☐ ครบกำหนด ☐ ก่อนกำหนด.....สัปดาห์ ☐ ไม่ทราบ

วิธีคลอด ☐ คลอดปกติทางช่องคลอด ☐ ผ่าตัดคลอด
☐ คลอดท่าก้น ☐ คลอดโดยใช้คีม ☐ คลอดโดยใช้เครื่องดูด

ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ปัญหาทารกหลังคลอด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ประวัติโรคทางพันธุกรรมและโรคในครอบครัว

ประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญของบิดามารดา หรือบุคคลในครอบครัว

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ประวัติโรคทางพันธุกรรม ไม่มี ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

