

ข้อมูลเบื้องต้นของเด็กและผู้ปกครอง

วันที่ให้ข้อมูล.....

ผู้ให้ข้อมูล บิดา มารดา ญาติ (ความเกี่ยวข้อง)..... อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ผู้แนะนำให้มาพบจิตแพทย์ ไม่มี ญาติ ครู อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ก. ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก

ชื่อ-นามสกุล (เด็ก)..... ชื่อเล่น..... เพศ ชาย หญิง

วัน-เดือน-ปีเกิด..... ปัจจุบันอายุ..... ปี..... เดือน.....

ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม ซิกข์ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ปัจจุบันเรียนอยู่ชั้น..... หลักสูตร (เช่น ปกติ/ EP/ IEP).....

โรงเรียน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

..... เบอร์โทรที่สามารถติดต่อได้.....

อาศัยอยู่กับ บิดาและมารดา บิดา มารดา อื่นๆ (โปรดระบุ).....

เด็กทราบมาก่อนหรือไม่ที่จะมาพบจิตแพทย์ ทราบ ไม่ทราบ

ประวัติการตั้งครammer และการคลอด

- อายุมารดาขณะตั้งครammer ปี การฝากครammer ฝากครammer ไม่ฝากครammer

- สถานะการตั้งครammer

ปกติ

มีความผิดปกติ (เช่น เลือดออกจากช่องคลอด/ แท้งคุกคาม โปรดระบุ).....

มีการใช้ยา/สารเสพติดระหว่างการตั้งครammer (โปรดระบุ).....

ไม่สบายใจระหว่างตั้งครammer เช่น เครียด ซึมเศร้า (โปรดระบุ).....

- การคลอด ครบกำหนด ก่อนกำหนด..... สัปดาห์ เกินกำหนด..... สัปดาห์

- วิธีการคลอด ตามธรรมชาติ ผ่าตัด เพราะ.....

ใช้เครื่องช่วย เพราะ.....

- น้ำหนักของเด็กแรกคลอด..... กรัม

สุขภาพเด็กหลังคลอด ปกติ มีภาวะแทรกซ้อน (โปรดระบุ).....

- สุขภาพจิตของมารดาหลังเด็กคลอด

ปกติ

ไม่สบายใจ เช่น เครียด ซึมเศร้า (โปรดระบุ).....

ประวัติพัฒนาการ

- พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่:

คว่ำได้เมื่ออายุ.....เดือน

เดินได้เมื่ออายุ.....เดือน

- พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก:

จับดินสอเขียนแบบ 3 นิ้วได้เมื่ออายุ ปี เดือน

ถอดกระดุมได้เมื่ออายุ ปี เดือน

ติดกระดุมได้เมื่ออายุ ปี เดือน

ผูกเชือกรองเท้าได้เมื่ออายุ ปี เดือน

- พัฒนาการด้านภาษา:

เริ่มพูดคำที่มีความหมาย (เช่น พ่อ/ แม่/ กิน) ได้ครั้งแรกตอนอายุ ปี เดือน

เริ่มพูดคำ 2 พยางค์ (เช่น กินน้ำ/ ปวดฉี่) ได้ครั้งแรกตอนอายุ ปี เดือน

เริ่มพูดเป็นประโยค (เช่น หนูหิวข้าว/ หนูอยากเล่น) ได้ครั้งแรกตอนอายุ ปี เดือน

- พัฒนาการด้านการเข้าสังคม:

เด็กมองหน้าสบตากับคนอื่นได้ ได้ เป็นบางครั้ง ไม่ได้

เด็กสามารถเข้ากลุ่มเล่นกับเด็กคนอื่นได้ ได้ เป็นบางครั้ง ไม่ได้

เด็กชอบเข้าหาคนอื่น มีการชวนคุย โขว์อวดของ ได้ เป็นบางครั้ง ไม่ได้

เด็กดูเข้าใจอารมณ์และความคิดของคนอื่น ได้ เป็นบางครั้ง ไม่ได้

- พื้นฐานอารมณ์/ อุปนิสัย เป็นเด็ก เลี้ยงง่าย เลี้ยงยากปานกลาง เลี้ยงยากมาก

- มีความสนใจ/ ความสามารถพิเศษ

- มีประวัติเคยไปรับการปรึกษา/รับการรักษาที่อื่นมาก่อน เช่น ปัญหาพัฒนาการล่าช้า ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรม

ไม่ใช่

ใช่ เคยปรึกษาตอนอายุ.....ปี ด้วยเรื่อง.....

ประวัติสุขภาพของเด็ก

- สุขภาพของเด็กในปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> แข็งแรง	<input type="checkbox"/> ไม่แข็งแรง เพราะ.....
- ประวัติการได้รับวัคซีน	<input type="checkbox"/> ครบตามกำหนด	<input type="checkbox"/> ไม่ครบ
- โรคประจำตัว	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ).....
- ประวัติการผ่าตัด	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ)..... ตอนอายุ.....ปี
- ยาที่กินเป็นประจำในปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ).....
- ยาที่กินเป็นประจำในอดีต	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ตอนอายุ.....ปี (โปรดระบุ).....
- ประวัติการแพ้ยา	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุชื่อยาและอาการ).....
- ประวัติการแพ้อาหารหรือสารอื่นๆ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ).....
- ประวัติการชัก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ตอนอายุ.....ปี (โปรดระบุ).....
- ประวัติการนอนกรน	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี เริ่มเป็นตั้งแต่อายุ.....ปี
- ประวัติการได้รับอุบัติเหตุกระดูกกระเทือนที่ศีรษะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ตอนอายุ.....ปี
- ประวัติการติดเชื้อที่สมอง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ตอนอายุ.....ปี
- ประวัติการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจากอุบัติเหตุอื่นๆ ที่รุนแรง (เช่น โดนของมีคมบาด ถูกรถชน)	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ)..... ตอนอายุ.....ปี
- ประวัติการมีประจำเดือน (เด็กหญิง)	<input type="checkbox"/> ยังไม่มี	<input type="checkbox"/> มี เริ่มมีครั้งแรกตอนอายุ.....ปี
- ประวัติการใช้สารเสพติด	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ)..... เริ่มใช้ตอนอายุ.....ปี

ประวัติของคนในครอบครัว

- ประวัติโรคทางจิตเวชของคนในครอบครัว เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล สมาธิสั้น	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ).....
--	--------------------------------	---

ประวัติการเลี้ยงดู

การเลี้ยงดู	<input type="checkbox"/> โดยพ่อแม่เป็นหลัก	<input type="checkbox"/> โดยญาติเป็นหลัก	<input type="checkbox"/> โดยพี่เลี้ยงเป็นหลัก
การใช้สื่อต่างๆ	<input type="checkbox"/> โทรทัศน์ วันละ.....ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่อายุ ปี		
	<input type="checkbox"/> อินเทอร์เน็ต เช่น เกมออนไลน์/ Youtube/ Social media วันละ.....ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่อายุ ปี		
กรุณาระบายลักษณะการเลี้ยงดู เช่น เลี้ยงโดยใคร, จัดการอย่างไรเมื่อเด็กทำพฤติกรรมไม่เหมาะสม ฯลฯ			
.....			
.....			

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

	บิดา	มารดา	บุคคลสำคัญอื่น
ชื่อ			
นามสกุล			
อายุ			
การศึกษา			
อาชีพ (โปรดระบุตำแหน่ง)			
สถานที่ทำงาน			
รายได้ต่อเดือน			
หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวก ในการติดต่อ			

พี่น้องร่วมบิดามารดา (เด็กเป็นบุตรคนที่..... ในจำนวน..... คน)

ชื่อ	อายุ	ชั้น	โรงเรียน
1)			
2)			
3)			
4)			

ค. ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของเด็ก

ปัญหาของเด็กที่ท่านต้องการปรึกษา ได้แก่.....

.....

.....

.....

สิ่งที่ท่านต้องการให้แพทย์ช่วยเหลือมากที่สุด (เรียงตามลำดับ)

1.

2.

3.

แบบสำรวจพัฒนาการเด็ก (PDDSQ) ช่วงอายุ 1 - 4 ปี

พัฒนาโดยโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต ร่วมกับ นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนพดล
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สงวนลิขสิทธิ์ตาม พ.ร.บ.ลิขสิทธิ์ 2543 ©

ชื่อ _____ อายุ _____ ปี _____ เดือน เพศ ชาย หญิง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยมหลังข้อความแต่ละข้อ โดยเลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของลูกท่านมากที่สุด

	ใช่ / ทำบ่อย ๆ	ไม่ใช่ / ไม่ค่อยทำ
1. ตอบสนอง เช่น หันมามอง ทันทีที่คุณเรียกชื่อเขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. สามารถเล่นสมมุติเป็น เช่น ทำท่าป้อนอาหารให้ตุ๊กตา เล่นขายของ หรือสมมุติในสิ่งอื่น ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ชอบให้พ่อแม่ อุ้ม, กอด, หรือจูบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ใช้นิ้วชี้ ของเขาชี้ไปที่สิ่งของเพื่อแสดงว่าเขาสนใจหรือต้องการของสิ่งนั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. สนใจ อยากเข้าไปเล่นกับเด็กคนอื่น เวลาไปโรงเรียนหรืออยู่ในสนามเด็กเล่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่ / ทำบ่อย ๆ	ไม่ใช่ / ไม่ค่อยทำ
6. ปรับตัวยากต่อสิ่งใหม่ๆ เช่น ไม่ยอมลองอาหารใหม่ ร้องไห้เวลาไปในที่ที่ไม่เคยไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ชอบที่จะเล่นคนเดียวหรืออยู่คนเดียวตามลำพัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. เป็นเด็กหน้าเฉย ไม่คอยแสดงอารมณ์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ชอบพูดทวนคำที่คุณเพิ่งพูดจบบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ร้องไห้ อุดหู หรือ วิ่งหนีเวลาได้ยินเสียงดังๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่ / ทำบ่อย ๆ	ไม่ใช่ / ไม่ค่อยทำ
11. ยิ้มเวลาเห็นหน้าคุณ หรือ ยิ้มเวลาเห็นคุณยิ้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. สามารถทำตามทางเลียนแบบผู้ใหญ่ เช่น แต่งหน้า หวีผม โกนหนวดเตรียมตัวไปทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. รู้จักแบ่งขนม หรือ ของเล่นให้เด็กคนอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. วิ่งเข้ามาหาคุณเพื่อขอความช่วยเหลือ หรือให้คุณปลอบเวลาได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. พยักหน้าหรือส่ายหน้า เพื่อบอกกับคุณว่า เอาหรือไม่เอา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่ / ทำบ่อย ๆ	ไม่ใช่ / ไม่ค่อยทำ
16. ทำท่าทางเหมือนไม่ได้ฟังคุณเวลาคุณพูดกับเขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. สนใจที่จะเล่นกับเด็กคนอื่นน้อยมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ชอบทำตาลอย หรือจ้องมองโดยไร้จุดหมาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ชอบเอาของเล่นมาเรียงเป็นแถวเป็นแนว และจะโมโหมากถ้ามีใครมาจัดใหม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ยังบอกไม่ได้ว่าต้องการอะไร ไม่ว่าจะด้วยการพูดหรือชี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่ / ทำบ่อย ๆ	ไม่ใช่ / ไม่ค่อยทำ
21. พยายามทำให้คุณสนใจในสิ่งที่เขากำลังทำอยู่ โดยการเรียกคุณ หรือยื่นสิ่งนั้นให้คุณดู	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ตอบสนองอย่างเหมาะสม เช่น มองหน้า สบตา ยิ้มหรือยื่นของเล่นให้เวลาเด็กอื่นเดินเข้ามาหา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. เลียนแบบท่าทางคุณ เช่น แลบลิ้นตาม เวลาที่คุณแลบลิ้นใส่เขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. มองหน้า สบตาคุณ เวลาพูดคุยหรือเล่นกับเขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. เวลาคุณชี้ให้เขาดูของที่น่าสนใจ เช่น เครื่องบิน ของเล่น เขามองตามทิศทางที่ชี้ไปได้อย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่ / ทำบ่อย ๆ	ไม่ใช่ / ไม่ค่อยทำ
26. คุณเคยสงสัยว่าเขาอาจจะหูหนวก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. กิจกรรมประจำวันที่ทำให้เขา ต้องทำเหมือนๆ เดิม หรือมีรูปแบบเฉพาะตัวเปลี่ยนแปลงไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ทำท่าทางแปลกๆ ซ้ำๆ เช่น โยกตัว เดินเขย่งเท้า สบัดมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ดูเป็นเด็ก "เจ้าระเบียบ" มากกว่าเด็กคนอื่นในวัยเดียวกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. จับมือคุณไปหยิบของที่เขายากได้ โดยไม่มองหน้าคุณ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่ / ทำบ่อย ๆ	ไม่ใช่ / ไม่ค่อยทำ
31. ชอบเข้ามาแสดงความรักกับพ่อแม่ โดยการกอด หอม ชบปาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ใช้นิ้วชี้ของเขา ชี้ให้คุณมองของบางสิ่งบางอย่างที่อยู่ไกลออกไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ยิ้มให้พ่อแม่ เมื่อเห็นพ่อแม่มาแต่ไกล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. รู้จักปลอบเด็กคนอื่น เวลาเด็กคนอื่นไม่สบายใจ หรือได้รับบาดเจ็บ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. มองสิ่งของที่คุณกำลังมองอยู่ หรือสนใจในสิ่งเดียวกับสิ่งที่คุณกำลังสนใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ใช่ / ทำบ่อย ๆ	ไม่ใช่ / ไม่ค่อยทำ
36. ชอบทำอะไรซ้ำๆ หรือพูดประโยคซ้ำๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. คุณเคยรู้สึกว่าพูดซ้ำ หรือเคยกังวลว่าทำไมลูกยังไม่พูดเสียที	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ดูไม่เต็มใจ หรือไม่ค่อยสนใจว่าคุณกำลังอยู่หรือไม่อยู่กับเขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. มีความสนใจในของเล่นไม่กี่ชิ้น หรือสิ่งของต่างๆ ไม่กี่เรื่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. เล่นของเล่นไม่เป็น เช่น มักจะเอามาเคาะ โยน ถีบไปมาหรือเอาเข้าปาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>