



งานคลินิกเด็กและวัยรุ่น

โทร. 02-441-0602-10 ต่อ 1202 , 1208

หนังสือยินยอมจากผู้มารับบริการคลินิกเด็กและวัยรุ่น
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน / รหัสประจำตัวนักศึกษา / ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์มือถือ (เหมือนในข้อมูลผู้รับบริการ / Client Information)

ไม่เหมือน โปรดระบุ เลขประจำตัวประชาชน / รหัสประจำตัวนักศึกษา
ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์มือถือ

ในฐานะ ผู้ขอรับคำปรึกษา ผู้มีอำนาจแทนโดยเกี่ยวข้องเป็น () บิดา/มารดา () อื่น.....
ของผู้ขอรับบริการ ชื่อ เด็กชาย / เด็กหญิง..... อายุ.....ปี

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอม ให้คลินิกเด็กและวัยรุ่น สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อไปดำเนินการ

ยินยอม ไม่ยินยอม ให้เปิดเผยข้อมูลหรือส่งต่อข้อมูลเพื่อการรักษาแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในกรณีจำเป็น

ยินยอม ไม่ยินยอม ให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานเข้าร่วมในขณะรับบริการเพื่อประโยชน์ทางการเรียนการสอน

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ขอรับคำปรึกษา จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ แต่หากมีการนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล หรือต่อการศึกษาต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้า เว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....น.

(วันและเวลาในการเข้ารับบริการและรับทราบถึงข้อมูลตามหนังสือแสดงเจตนายินยอม)

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจแทน คือ ผู้ปกครองหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องสำคัญ ที่บรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

เรียน บิดามารดา หรือผู้ปกครอง

ท่านเป็นผู้รู้จักเด็กดีที่สุด ดังนั้นข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพและพัฒนาการของเด็กที่ท่านให้เราไว้จะเป็นประโยชน์มากสำหรับการให้ความดูแลช่วยเหลือด้านพัฒนาการของแพทย์และทีมนักวิชาชีพ โปรดตอบคำถามให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

1. เหตุผลหลักที่ท่านพาเด็กมาปรึกษา

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

2. โปรดระบุสิ่งที่ท่านต้องการให้แพทย์และทีมนักวิชาชีพช่วยเหลือ

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

3. ประวัติการรักษา

1) บุตรของท่านเคยพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยด้านพัฒนาการที่ใดหรือไม่

ไม่มี

กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก ชื่อ..... โรงพยาบาล.....

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ชื่อ..... โรงพยาบาล.....

2) ปัจจุบันบุตรของท่านได้รับการฝึกด้านพัฒนาการหรือบำบัดอยู่กับนักวิชาชีพใดบ้าง

ไม่มี เพราะ

มี ระบุ

นักบำบัดด้าน..... สถานที่..... จำนวน..... ชั่วโมง/สัปดาห์

นักบำบัดด้าน..... สถานที่..... จำนวน..... ชั่วโมง/สัปดาห์

นักบำบัดด้าน..... สถานที่..... จำนวน..... ชั่วโมง/สัปดาห์

นักบำบัดด้าน..... สถานที่..... จำนวน..... ชั่วโมง/สัปดาห์

4. ลักษณะพฤติกรรม

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่แสดงถึงลักษณะพฤติกรรมของเด็ก

สำหรับเด็กทุกอายุ

- 1) ความสนใจจดจ่อ หมกมุ่นกับวัตถุ ไม่สนใจคน เล่นกับคนใกล้ชิดหรือคนเลี้ยงดูได้
- 2) เด็กผูกพันกับผู้เลี้ยงดูหรือไม่
- 3) เด็กสามารถสื่อบอกความต้องการได้หรือไม่ ไม่ได้ ภาษาท่าทาง คำพูด/ประโยคสั้นๆ
- 4) เวลาเด็กอยากได้อะไรมากๆ เด็กทำอย่างไร
- 5) เด็กเล่นสมมติโดยเล่นเลียนแบบท่าทาง/หรือใช้คำพูดเลียนแบบ ทำไม่ได้ ได้ เช่น
- 6) เด็กเล่นสมมติเป็นเรื่องเป็นราวมีรายละเอียดในการเล่น ทำไม่ได้ ได้ เช่น
- 7) พฤติกรรมที่ท่านเห็นว่าเป็นปัญหาในชีวิตประจำวัน.....

5. การตั้งครรภ์

- 1) ท่านฝากครรภ์ที่ใด
- ท่านไปพบแพทย์สม่ำเสมอตามนัดหรือไม่ สม่ำเสมอ ไม่สม่ำเสมอ
- 2) ท่านมีปัญหาสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ มี ไม่มี
- ถ้ามีปัญหา กรุณาระบุ.....

6. การคลอด

- 1) บุตรของท่านคลอดที่ใด
- คลอด ก่อนกำหนด.....สัปดาห์
- ครบกำหนด เลยกำหนด.....สัปดาห์
- ด้วยวิธีใด คลอดวิธีธรรมชาติ ใช้คีมคีบ
- ใช้เครื่องมือดูด ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- ถ้าไม่ได้คลอดด้วยวิธีธรรมชาติ กรุณาระบุปัญหา.....

- 2) บุตรของท่านมีปัญหาระหว่างคลอด หรือแรกเกิด (อายุ 0 – 30 วัน) หรือไม่ มี ไม่มี
ถ้ามีปัญหากรุณาระบุรายละเอียด (ปัญหา / โรค อายุที่เป็น)

.....
.....

- 3) น้ำหนักแรกเกิดกรัม

7. สุขภาพทั่วไป

- 1) บุตรของท่านพบแพทย์หรือกุมารแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพทั่วไปที่ได้

ชื่อแพทย์..... โรงพยาบาล / คลินิก..... จังหวัด.....

- 2) โรคประจำตัว ไม่มี มี โปรดระบุ (เช่น ลมชัก หอบหืด โรคเลือด อื่นๆ)

.....
.....

- 3) บุตรของท่านเคยประสบอุบัติเหตุ หรือได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือไม่ เคย ไม่เคย

ถ้าเคยกรุณาบอกรายละเอียด (อุบัติเหตุ / ส่วนใดของร่างกาย / อายุ).....

.....

- 4) บุตรของท่านเคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ เคย ไม่เคย

ถ้าเคยโปรดระบุ (วันเดือนปี / ความเจ็บป่วย / โรงพยาบาล).....

- 5) บุตรของท่านเคยใช้ยาใดเป็นประจำหรือไม่ ใช้ ไม่ใช้

ถ้าใช้กรุณาระบุชื่อยาและเหตุผล.....

.....

- 6) โภชนาการ • นม.....กล่อง/ขวด • กินเนื้อสัตว์ ไข่ ได้ ไม่ได้

• กินผัก ผลไม้ ได้ ไม่ได้

ปัญหาการกิน ไม่มี มี กรุณาอธิบาย.....

- 7) การนอน เวลานอน..... เวลาตื่น.....

ปัญหาการนอน ไม่มี มี กรุณาอธิบาย.....

- 8) การขับถ่าย (ทั้งอุจจาระ , ปัสสาวะ)

ปัญหาการขับถ่าย ไม่มี มี กรุณาอธิบาย.....

8. ประวัติพัฒนาการ

1) กรุณาระบุอายุที่บุตรของท่านสามารถทำสิ่งต่อไปนี้ได้

- ยิ้มเล่นจ๊ะเอ๋.....
- นั่งได้เอง..... เดินได้เอง.....
- ทำตามคำสั่ง..... พูดคำแรกที่มีความหมาย.....
- เลิกขวดนม.....
- เลิกผ้าอ้อม (pampers) ตอนกลางวัน..... ตอนกลางคืน.....

2) ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับการเจริญเติบโต/พัฒนาการของลูกในเรื่องใดบ้าง

	ไม่มี	มี กรุณาอธิบาย
น้ำหนัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความยาว/ส่วนสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ขนาดศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การมองเห็น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การได้ยิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภาษา/การพูด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ประวัติอื่นๆ

1) การเลี้ยงดู

อายุ 0 - 1 ปี ผู้เลี้ยงดูหลัก คือ.....

อายุ 1 - 3 ปี ผู้เลี้ยงดูหลัก คือ.....

ปัจจุบัน ผู้เลี้ยงดูหลัก คือ.....

2) บุตรของท่านไปศูนย์รับเลี้ยงเด็กหรือโรงเรียนอนุบาลหรือไม่

 ไม่ไป ไป กรุณาระบุชื่อ ศูนย์/โรงเรียน.....

3) ท่านมีบุตรทั้งหมดกี่คน กรุณาระบุ เพศ และ อายุ ของบุตร

(1).....

(2).....

(3).....

(4).....

ขอขอบคุณ