



PH-08-4 แบบบันทึก case การให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี

ชื่อ-สกุลนิสิต ..... รหัสนิสิต .....

ชื่อผู้เข้ารับบริการ ..... เพศ ..... อายุ ..... ปี

อายุ	วคป. ตรวจ	น้ำหนัก	ส่วนสูง	เส้นรอบ ศีรษะ(ซม.)	ฟัน (จำนวนซี่)		หมายเหตุ
					ที่ขึ้น	ที่ผุ	
แรกเกิด-7 วัน							เส้นรอบศีรษะปกติของเด็กแรกเกิด 35 ซม. ส่วนสูงปกติของเด็ก 50 ซม.
7-14 วัน							
1 เดือน							
2-3 เดือน							
4-5 เดือน							กระหม่อมหลังปิดอย่างช้าไม่เกิน 4 เดือน
6-7 เดือน							
9 เดือน							
1 ปี							อายุ 1 ปี เส้นรอบศีรษะเพิ่มขึ้นอีกปีละ 1 ซม.
1 ปี ครึ่ง							กระหม่อมหน้าปิดอย่างช้าไม่เกิน 1 ปี ครึ่ง
2 ปี							เด็กอายุ 2-5 ปี เส้นรอบศีรษะ เพิ่มขึ้นอีกปีละ 1 ซม.
3 ปี							
4 ปี							
5 ปี							

ชื่อผู้เข้ารับบริการ.....เพศ.....อายุ.....ปี

อายุที่ควรได้รับ	ประวัติการได้รับวัคซีน -วันเดือนปี/สถานที่
แรกเกิด	
แรกเกิด 1 เดือน (เฉพาะที่แม่เป็น พาหะ)	
2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน	
9 เดือน 7 ปี (ชั้นป.1)	
1 ปี ครึ่ง 4 ปี	
1 ปี ครึ่ง (ฉีด 2 เข็ม ห่าง กัน 1 เดือน) 2 ปี ครึ่ง	
12 ปี (ชั้น ป.6)	

ลงชื่อ .....อาจารย์พี่เลี้ยง  
( ..... )  
..... / ..... / .....