

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

- สภาวะการตั้งครammer

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/ ปวดจี่) 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
- ประวัติการได้รับอุบัติเหตุกระทบกระเทือนที่ศีรษะ	<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.

แบบประเมินพฤติกรรม (SNAP-IV)

ชื่อเด็ก _____ อายุ _____ ปี วันที่ประเมิน _____

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับลักษณะของเด็กที่ท่านประเมินเพียงใด

		ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	สำหรับ เจ้าหน้าที่
1	มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่าง ๆ เช่น การบ้าน					
2	ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้					
3	ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย					
4	มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ					
5	จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เป็น					
6	มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ					
7	ทำของหายบ่อย ๆ (เช่น ของเล่น, สมุดจดงาน, เครื่องเขียน ฯลฯ)					
8	วอกแวกง่าย					
9	ขี้ลืม					
10	มือเท้ายุกยิก นั่งบิดไปบิดมา					
11	นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือจากที่ที่ควรจะนั่งเรียบร้อย					
12	วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินไปจนควรอย่างไม่รู้กาลเทศะ					
13	เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบ ๆ ไม่เป็น					
14	พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือน "ติดเครื่อง" อยู่ตลอดเวลา					
15	พูดมาก					
16	มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ					
17	ไม่ชอบรอคิว					
18	ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พูดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน)					
19	อารมณ์เสื่อง่าย					
20	ชอบโต้เถียงผู้ใหญ่					
21	ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่งหรือวางกฎเกณฑ์ไว้					
22	จงใจก่อกวนผู้อื่น					
23	มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด					
24	ขี้รำคาญ					
25	โกรธซึ่งบึ้งตึงเป็นประจำ					
26	เจ้าคิดเจ้าแค้น					

แบบสอบถามรูปแบบการเลี้ยงดู

ท่านปฏิบัติสิ่งต่อไปนี้อย่างไร

		ไม่เคยเลย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง
1	มีกฎระเบียบในบ้านที่ชัดเจนและแน่นอน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	จัดการกับปัญหาพฤติกรรมของลูกอย่างเสมอต้นเสมอปลาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	ไม่ใจอ่อนเวลาที่ลูกโหม่งลูกเมื่อลูกทำผิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	ชมหรือพูดถึงส่วนดีของลูกให้ลูกฟังมากกว่าวันละหนึ่งครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	ต้องการให้ลูกเป็นคนที่รู้จักรับผิดชอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	เวลาให้ลูกทำอะไร จะใช้คำพูดที่ง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	พูดกับลูกเพียงครั้งเดียว เวลาต้องการให้ลูกทำอะไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	รู้ตลอดเวลาว่าลูกอยู่ที่ไหน และกำลังทำอะไรอยู่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	มีกฎสำคัญของบ้าน 2-3 ข้อ ที่ลูกต้องรู้และปฏิบัติตาม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	กระตุ้นให้ลูกได้ลองตัดสินใจด้วยตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	มั่นคงในสิ่งที่ต้องการให้ลูกทำ แม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้ลูกไม่พอใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	กระตุ้นให้ลูกได้ลองตัดสินใจด้วยตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	เข้าใจความต้องการและความรู้สึกของลูก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	กระตุ้นให้ลูกมองเห็นและพูดเกี่ยวกับความสำเร็จของตัวเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	ฝึกและสอนให้รู้จักวิธีแก้ปัญหาต่าง ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	ทุก ๆ วัน จะมีเวลาเล่นหรือทำอะไรเป็นพิเศษกับลูกบ้าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	พูดกับลูกอย่างสุภาพ ไม่ตำหนิหรือใช้คำพูดที่ทำให้ลูกเสียความรู้สึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	ให้ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ที่ลูกทำหรือเพื่อนที่ลูกคบด้วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	ถามความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะในบางเรื่องจากลูก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	ทุก ๆ วันได้ทำอะไรบางอย่างที่จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกที่ดีและภาคภูมิใจในตัวเองของลูก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>