

ก่อนการตรวจสุขภาพบุตรอายุ 12 เดือน

พิมพ์แบบฟอร์มมาตรฐานการพัฒนาจากการประเมินผลของมารดา (Parent Evaluation of Developmental Status -PEDS) ที่แปลแล้ว จากเว็บไซต์ www.mhcs.health.nsw.gov.au และกรอกแบบฟอร์มนี้ก่อนถึงการตรวจ หรือขอให้พยาบาลสุขภาพเด็กช่วยท่านกรอก

ท่านยังสูบบุหรี่ไหม?

การสูบบุหรี่จะทำให้ทารกของท่านเพิ่มความเสี่ยงอันตรายต่ออาการตายอย่างปัจจุบัน (SIDS).

โทรศัพท์ Quitline หมายเลข 13 QUIT (13 7848) หรือดูเว็บไซต์

http://www.health.nsw.gov.au/cancer_inst/programs/quitline.html

การได้ยิน

	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
ท่านมีความห่วงใยเกี่ยวกับการได้ยินของบุตรไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านเลียนเสียงพูดของคนอื่นไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านเข้าใจคำสั่งง่ายๆ เช่น ลูกบอล หมา พ่อ ไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านหันศีรษะตามเสียงค่อยๆ ไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านอาจจะเริ่มพูดคำแรกๆ ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การมองเห็น

ท่านมีความห่วงใยเกี่ยวกับการมองเห็นของบุตรไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านมีอาการตาเหล่หรือตาวัว (squint or strabismus) ไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านมีปัญหามองเห็นของเล็กไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านจำสิ่งของหรือผู้คนที่คุณเคยในระยะเวลาไกลได้ไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีใครในครอบครัวที่มีปัญหาการมองเห็นบ้างไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การเคลื่อนไหว/กิจกรรมต่างๆ

บุตรของท่านนั่งเองได้ไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านคลานได้ไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านเอื้อมจับของได้ไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

สุขภาพปาก

ในขณะนี้บุตรของท่านมีฟันบ้างไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านมีปัญหาเกี่ยวกับฟันหรือฟันที่กำลังขึ้นไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านเคยต้องดูดขวดนมตอนเข้านอนไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านเคยถือขวดนมหรือถ้วยเดินไปรอบๆ ระหว่างมื้ออาหารไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านได้เริ่มแปรงฟันเองหรือมีคนช่วยแปรงฟันไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หัวข้อที่ควรปรึกษาเมื่อตรวจครบ 12 เดือน

- สิ่งที่คุณคาดหวังจากทารกในวัยนี้
- ความปลอดภัยของเด็ก
- การป้องกันแสงแดด
- ปัญหาเรื่องการนอนและความประพฤติ
- อารมณ์
- การฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน
- พัน
- การให้อาหารและประเภทอาหาร
- การอิจฉากันในระหว่างพี่น้อง
- กิจกรรมการเล่นต่างๆ
- สุขภาพทางอารมณ์ของแม่
- ความสัมพันธ์กับทารกและคู่มือ
- การเคลื่อนที่