

ກ່ອນເຖິງເວລາກວດຂອງລູກທ່ານ ຕອນອາຍຸ18ເດືອນ

ຈົ່ງພິມເອົາສຳເນົາຂອງຟອມ ການຕີຮາຄາເຮືອງ ສະຖານະພາບການພັທນາສຳລັບພໍ່ແມ່ (PEDS) ຈາກເວັບໄຊ ທີ່ www.mhcs.health.nsw.gov.au ແລະ ຂຽນຕື່ມກ່ອນທີ່ຈະ ໄປຕາມການນັດໝາຍຂອງທ່ານ ທີ່ ຂໍໃຫ້ພະຍາບານອະນາມັຍເດັກຊ່ວຍທ່ານຂຽນ.

ຈົ່ງຕອບຄຳຖາມກ່ຽວກັບລູກຂອງທ່ານເຫຼົ່ານີ້ ກ່ອນທີ່ ຈະໄປຫາພະຍາບານ ທີ່ ນາຍໝໍຂອງທ່ານ

ການໄດ້ຍິນສຽງ

	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ບໍ່ແນ່ໃຈ
ລູກທ່ານຕອບຮັບຕໍ່ຄຳເວົ້າຂອງຄົນອື່ນບໍ່ ໂດຍສະ ເພາະໃນເຮືອງສຽງ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກທ່ານເວົ້າຄຳວ່າ "ແມ່ນຫຍັງ" ຢູ່ບໍ່ຂາດ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກທ່ານເບິ່ງໝ້າຄົນເວົ້າໃກ້ໆບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກທ່ານເຮັດໝ້າຫຍັງ ແລະ ບິນມາຂ້າງໝ້າ ບໍ່ ເວລາເວົ້ານຳ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກທ່ານມີບັນຫາໃນການຫາຈຸດທີ່ມາຂອງສຽງ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກທ່ານໃຈຮ້າຍໄວ ແລະ ກາຍເປັນຄົນມັກເຮັດ ໃຫ້ຫຍັງ ແລະ ລົບກວນ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ສຽງຂອງລູກທ່ານດັງກວ່າຄົນອື່ນຈົນເປັນການຜິດ ສັງເກດ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກທ່ານເປັນຫວັດ ແລະ/ຫຼືມີນ້ຳມູກສີຂຽວ ຫຼາຍບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ຫູຂອງລູກທ່ານຕິດເຊື້ອເລື້ອຍບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກທ່ານເວົ້າຄຳສັ່ນໆຄຳດຽວນອກໄປຈາກຄຳວ່າ "ມາມາ" ຫຼື "ດາດາ" ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈສິ່ງທີ່ບອກໃຫ້ເຮັດແບບງ່າຍໆ ເຊັ່ນ "ເອົາໝາກບານໃສ່ເທິງໂຕະ" "ເອົາໝາກບານ ມາໃຫ້ແມ່" ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກທ່ານສາມາດຊີ້ໃສ່ສ່ວນໃດສ່ວນນຶ່ງຂອງຮ່າງກາຍ ໃສ່ຂອງຜູ້ນ ຫຼື ໃສ່ຄົນ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກທ່ານຝັງມີທານງ່າຍໆ ຫຼື ເພງ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ສາຍຕາ

ທ່ານເປັນກັງວົນຕໍ່ເຮືອງສາຍຕາຂອງລູກນ້ອຍ ຂອງທ່ານບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານເປັນຕາເຫຼ່ງ ຫຼື ຕາເສື້ອງ (ຕາລໍ ຫຼື ຕາເຂ) ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານມີບັນຫາໃນການເບິ່ງເຫັນສິ່ງຂອງ ນ້ອຍໆ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານຮູ້ຈັກສິ່ງຂອງ ທີ່ ຄົນທີ່ລີ້ງເຄີຍ ໂດຍເບິ່ງຈາກທາງໄກ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ມີຄົນໃດຄົນນຶ່ງໃນຄອບຄົວມີບັນຫາດ້ານສາຍຕາບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ຖ້າຫາກຄຳຕອບຕໍ່ຄຳຖາມເຫຼົ່າວ່າ ແມ່ນ ຈົ່ງບອກ ນາຍໝໍ ຫຼື ພະຍາບານອະນາມັຍເດັກແລະຄອບຄົວ ຂອງທ່ານ

ຜົນຮັບ ບົກກະຕິ ແນະນຳສິ່ງຕໍ່ ທົບທວນເບິ່ງ

ຫົວຂໍ້ສໍາລັບການໂອ້ລົມ ຕອນອາຍຸ 18ເດືອນ

- ຄວາມປອດພິຍຂອງເດັກ ການຄວບຄຸມ ແລະ ການປ່ຽນແປງການເຄື່ອນໄຫວ
- ການກິນອາຫານຂອງຄອບຄົວ
- ການນອນ/ການຕົ້ນຕອນກາງຄືນ
- ອາຣິມຮ້າຍ
- ບັນຫາເຮື່ອງອ້າຍນ້ອງ
- ການສູບຢາ
- ການກະທໍາຂອງພໍ່ແມ່ ເຊັ່ນ ການສັ່ງສອນລູກ ການຈັດຕັ້ງກິດຂອບເຂດ
- ການຮຽນໄປຫ້ອງສ່ວນຖ່າຍ
- ການດູແລແຂ້ວ
- ການປ້ອງກັນແດດ
- ບ່ອນຮັບຝາກເດັກ/ກຸ່ມຫຼິ້ນ
- ການປະພຶດທີ່ເຮັດໃຫ້ຕົວເອງຮູ້ສຶກສະບາຍ ເຊັ່ນ ການດູດໂປ້ມີ ຂອງຫຼິ້ນທີ່ມັກຫຼາຍ ໝາກແວ້
- ການສັກຢາປ້ອງກັນໂຣກ
- ການເວົ້າ ແລະ ພາສາ
- ການອູ້ມຊູຄອບຄົວ ແລະ ບັນຫາອື່ນໆ