

# ก่อนการตรวจสุขภาพบุตรอายุ 18 เดือน

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

โปรดตอบคำถามเหล่านี้ที่เกี่ยวกับบุตรของท่านก่อน ไปพบพยาบาลหรือแพทย์

## การได้ยิน

	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
ท่านมีความห่วงใยเกี่ยวกับการได้ยินของบุตรไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านตอบคำพูดของคนอื่น โดยเฉพาะในขณะที่มีเสียงดังไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านมักพูดว่า “อะไร?” เสมอไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านมองดูหน้าคนพูดอย่างสนใจไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านนิ้วหน้าหรือชะโงกฟังเมื่อมีคนพูดด้วยไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านมีปัญหาในการหาที่มาของเสียงไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย บังเกิดความสับสนและ ฉุนเฉียวไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เสียงบุตรของท่านดังกว่าเด็กวัยเดียวกันอย่างเห็นชัดไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านเป็นหวัดบ่อย และ/หรือมีน้ำมูกสีเขียวไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านมีอาการหูอักเสบบ่อยไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านกำลังพูดคำเดี่ยวอื่นๆ นอกจาก “แม่” หรือ “พ่อ” ไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านสามารถเข้าใจคำสั่งง่ายๆ เช่น “วางลูกบอลลงบนโต๊ะ” หรือ “ส่งลูกบอลมานี่” ไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านชี้บอกส่วนของร่างกาย ของเล่น หรือคนอื่นได้ไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านฟังการเล่าเรื่องหรือเพลงง่ายๆ ได้ไหม?	<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"/>
บุตรของท่านมีปัญหามองเห็นของเล็กๆ ไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านจำคนหรือสิ่งของที่คุ้นเคยในระยะไกลได้ไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มีใครในครอบครัวที่มีปัญหาการมองเห็นบ้างไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ถ้าคำตอบข้อหนึ่งข้อใดว่าใช่ แจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลสุขภาพเด็กและครอบครัวทราบ

ผลที่ได้  ปกติ  ส่งต่อ  นัดใหม่

## หัวข้อที่ควรปรึกษาเมื่อตรวจครบ 18 เดือน

- ความปลอดภัยของเด็ก การควบคุมดูแล และการเปลี่ยนแปลงท่าเคลื่อนไหว
- อาหารสำหรับครอบครัว
- การหลับนอน /การตื่นตอนกลางคืน
- อารมณ์โมโหโทโส
- ประเด็นอื่นๆ
- การสูบบุหรี่
- การฝึกเป็นบิดามารดา เช่น การวางระเบียบวินัย การกำหนดขอบเขต
- การฝึกให้เข้าห้องน้ำ
- การดูแลรักษาฟัน
- การป้องกันแสงแดด
- สถานดูแลเด็ก /กลุ่มเพื่อนเล่น
- ความประพฤติกี่พื่อนคล้าย เช่น การดูนิ้วมือ ของเล่นโปรด ห้วนมยาง
- การฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน
- คำพูดและภาษา
- ความสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวและประเด็นอื่นๆ