



สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว  
โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูเด็กฯ

## OPD Card

ชื่อ..... นามสกุล.....  
วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ..... ปี ..... เดือน  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
ภูมิลำเนาเดิม.....  
ศาสนา..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....  
ประวัติการแพ้ยา.....  
ชื่อ-สกุล บิดา..... อายุ.....ปี ระดับการศึกษาสูงสุด .....  
อาชีพ..... รายได้..... /เดือน โทรศัพท์.....  
ชื่อ-สกุล มารดา..... อายุ.....ปี ระดับการศึกษาสูงสุด .....  
อาชีพ..... รายได้..... /เดือน โทรศัพท์.....  
สถานภาพ ( ) สมรส ( ) โสด ( ) หย่า ( ) หม้าย  
ประวัติได้จาก.....เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....  
ผูกพันติดต่อกับ..... โทรศัพท์.....

ผู้บันทึก.....  
วันที่.....

## ผู้มารับบริการกรุณากรอกข้อมูลข้อ 1 -7 ก่อนเข้าพบแพทย์

ชื่อผู้รับการตรวจ.....สกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน  
โรงเรียน.....ชั้นเรียน.....  
ชื่อผู้ปกครอง.....เกี่ยวข้องกับ.....  
ผู้ที่กรอกข้อมูลคือ.....

### 1. สิ่งที่ต้องการปรึกษาและต้องการได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์ (เรียงลำดับตามความสำคัญ)

- 1.1).....  
1.2).....  
1.3).....

### 2. การทบทวนประวัติสำคัญ

การรับประทานอาหาร  ไม่เปลี่ยนแปลง  ลดลง  เพิ่มขึ้น  
น้ำหนัก  ไม่เปลี่ยนแปลง  ลด.....ก.ก.  เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ในระยะเวลา.....  
การนอนหลับ  ไม่เปลี่ยนแปลง  นอนหลับมากขึ้น  นอนหลับยากขึ้น  
 ตื่นกลางดึกบ่อยๆ  อื่นๆ.....

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์  ไม่เปลี่ยนแปลง  
 ซึมเศร้า.....(ในระยะเวลา.....)  
 หงุดหงิดมากขึ้น.....(ในระยะเวลา.....)  
 อื่นๆ.....(ในระยะเวลา.....)

การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม  ไม่เปลี่ยนแปลง  
 ก้าวร้าวมากขึ้น.....(ในระยะเวลา.....)  
 ซุกซน, อยู่ไม่นิ่งมากขึ้น.....(ในระยะเวลา.....)  
 ซึมลง.....(ในระยะเวลา.....)  
 อื่นๆ.....(ในระยะเวลา.....)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม/การเรียน  ไม่เปลี่ยนแปลง  
 การเรียนตกลง.....(ในระยะเวลา.....)  
 แยกตัว, เข้าสังคมน้อยลง.....(ในระยะเวลา.....)  
 อื่นๆ.....(ในระยะเวลา.....)

ผลการเรียนครั้งล่าสุด (ระบุGPAหรือเปอร์เซ็นต์).....

พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น  ไม่มี  
 แสดงออกทางวาจา.....  
 การกระทำ.....

- พฤติกรรมทำร้ายตนเอง  ไม่มี  
 แสดงออกทางวาจา.....  
 การกระทำ.....
- พฤติกรรมฆ่าตัวตาย  ไม่มี  
 แสดงออกทางวาจา.....  
 การกระทำ.....
- การใช้ยาเสพติด  ไม่มี  มี ระบุ.....
- การถูกทำร้ายร่างกาย  ไม่มี  มี ระบุ.....
- การถูกล่วงเกินทางเพศ  ไม่มี  มี ระบุ.....
- การพลัดพราก สูญเสียบุคคล/สิ่งที่รัก  ไม่มี  มี ระบุ.....
- การได้รับการกระทบกระเทือนจิตใจ  ไม่มี  มี ระบุ.....

### 3.ประวัติปัญหาทางพฤติกรรมในอดีต

ท่านเคยเข้ารับบริการหรือปรึกษาปัญหาเหล่านี้มาก่อนหรือไม่ ถ้าเคย กรุณาแจ้งเกี่ยวกับสถานที่และระยะเวลาที่ท่านไปตรวจและติดตามการรักษา

- 1)..... ประมาณอายุ..... ถึงอายุ..... ปี
- 2)..... ประมาณอายุ..... ถึงอายุ..... ปี
- 3)..... ประมาณอายุ..... ถึงอายุ..... ปี
- 4)..... ประมาณอายุ..... ถึงอายุ..... ปี
- 5)..... ประมาณอายุ..... ถึงอายุ..... ปี

### 4.ประวัติพัฒนาการ (ส่วนข้อ 4 นี้เฉพาะผู้ปกครองตอบเท่านั้น)

- ความพร้อม/ความต้องการในการมีบุตร  พร้อม  ไม่พร้อม ระบุ.....
- การตั้งครรภ์  ปกติ  
 มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ระบุ.....  
 มีการใช้ยา,สารเสพติด ระบุ.....  
 มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ  เครียด.....  
 ซึมเศร้า.....
- การคลอด  ครบกำหนด (37-42 สัปดาห์) น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม  
 ก่อนกำหนด.....สัปดาห์  เกินกำหนด.....สัปดาห์
- วิธีการคลอด  ปกติ  ผ่าตัด สาเหตุ.....  ใช้เครื่องช่วย สาเหตุ.....
- ระยะแรกเกิด  ปกติ  มีภาวะแทรกซ้อน.....

- พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อ  ปกติ ระบุ.....  
 ล่าช้า ระบุ.....
- พัฒนาการด้านภาษา  ปกติ ระบุ.....  
 ล่าช้า ระบุ.....
- พัฒนาการด้านสังคม  ปกติ ระบุ.....  
 ผิดปกติ ระบุ.....

**5.พื้นฐานอารมณ์/อุปนิสัย (ส่วนข้อ 5 นี้เฉพาะผู้ปกครองตอบเท่านั้น)**

- เลี้ยงง่าย  เลี้ยงยากปานกลาง  เลี้ยงยากมาก
- รายละเอียดอื่นๆ.....
- การเลี้ยงดู  โดยพ่อแม่เป็นหลัก  โดยญาติเป็นหลัก  โดยพี่เลี้ยงเป็นหลัก
- ลักษณะ/รายละเอียดของการเลี้ยงดู.....  
 .....
- การเรียนรู้  ดี (เกรด.....)  ปานกลาง (เกรด.....)
- มีปัญหา รายละเอียดของปัญหา.....
- ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว  ไม่มีปัญหา ระบุ.....  
 มีปัญหา ระบุ.....
- ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ(ครู,เพื่อน)  ไม่มีปัญหา ระบุ.....  
 มีปัญหา ระบุ.....

**6.ประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกาย**

- โรคประจำตัว  ไม่มี  มี ระบุ.....
- ประวัติแพ้ยา  ไม่มี  มี ระบุ.....
- ประวัติชัก  ไม่มี  มี ระบุ.....
- ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะที่รุนแรง  ไม่มี  มี ระบุ.....
- ความพิการ  ไม่มี  มี ระบุ.....
- ยาที่กินอยู่ในปัจจุบัน  ไม่มี  มี ระบุ.....
- ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆที่สำคัญ.....

**7.ประวัติครอบครัว**

- ปัญหาการเรียน/ปัญญาอ่อน  ไม่มี  มี ระบุ.....
- โรคทางจิตเวช  ไม่มี  มี ระบุ.....
- ปัญหาการติดสุรา/สารเสพติด  ไม่มี  มี ระบุ.....
- ปัญหาทางครอบครัวอื่นๆที่สำคัญ
- .....
- .....