



สมุดบันทึกสุขภาพ แม่และเด็ก



ชื่อ-สกุลเด็ก

โปรดอย่าทำหาย

นำติดตัวทุกครั้งที่ได้รับบริการ ในสถานพยาบาลทุกแห่ง
ใช้ประกอบการแจ้งเกิด เพื่อออกสูติบัตรและเพิ่มชื่อในทะเบียนบ้าน
กระทรวงสาธารณสุข 2555

คุณลักษณะที่ดีของแม่เพื่อให้ลูกมีสุขภาพดี

1. มีลูกเมื่ออายุ 20-35 ปี
2. เว้นช่วงระยะการมีบุตรแต่ละคนอย่างน้อย 2 ปี
3. ฝากครรภ์ทันทีที่ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์พร้อมสามี มาฝากครรภ์ตามนัด และคลอดกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
4. ใ้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักครบตามเกณฑ์
5. ปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดตามคำแนะนำในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
6. ลูกมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัมขึ้นไป
7. ใ้ลูกดูดนมทันทีหลังคลอดและเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวย อย่างน้อย 6 และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปอีกอย่างน้อย 24 เดือน พร้อมให้อาหารตามวัย
8. เลี้ยงลูกได้แข็งแรงดีไม่ขาดสารอาหารไม่เป็นโรคอ้วน
9. ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยของลูกตามคำแนะนำในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
10. นำลูกไปรับวัคซีนป้องกันโรคตามกำหนดนัด

สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

จัดพิมพ์โดย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 102 หน้า **พิมพ์ที่:** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร

ประธานที่ปรึกษา

นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร	อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ที่ปรึกษา	
นายแพทย์สมยศ ตีระศมี	อธิบดีกรมอนามัย
นายแพทย์สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชช์	รองอธิบดีกรมอนามัย
นายแพทย์สมพงษ์ สกุลอสิริยาภรณ์	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

กองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงนิพรพรรณ วรมงคล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ)
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริกุล อิศรานุรักษ์	ที่ปรึกษางานอนามัยแม่และเด็ก
นายแพทย์สรวิชัย บุญสุข	หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก
นางนรีลักษณ์ กุลฤกษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นางไฉไล เลิศนางกูร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นางสาวสุขจริง ว่องเดชากุล	นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ
นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นางประภาภรณ์ จังพานิช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางอิสริย์ เจตน์ประยูกรต์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวฉวีวรรณ ต้นพุดชา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

1
ID

เลขที่ทั่วไป หญิงตั้งครรภ์.....

เลขที่ทั่วไป เด็ก.....

ออกให้ครั้งที่.....

ชื่อ-สกุล หญิงตั้งครรภ์.....

เลขประจำตัวประชาชน ----

อาชีพ..... ศาสนา.....

การศึกษา (เรียนจบสูงสุดชั้น).....

โทรศัพท์ที่ติดต่อดี.....

ชื่อ-สกุล สามี.....

เลขประจำตัวประชาชน ----

อาชีพ..... ศาสนา.....

การศึกษา (เรียนจบสูงสุดชั้น).....

โทรศัพท์ที่ติดต่อดี.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

ชื่อ-สกุลเด็ก..... กลุ่มเลือด.....

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. 25..... เวลา.....น.

เลขประจำตัวประชาชน ----

สำหรับติด
รูปภาพเด็ก

หากผู้ใดเก็บหรือพบสมุดเล่มนี้ โปรดส่งคืนตามที่อยู่ข้างต้น

คำแนะนำการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

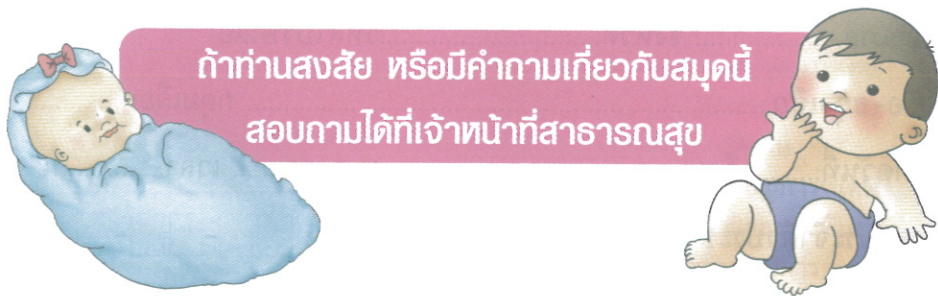
สมุดบันทึกสุขภาพนี้ เป็นสมุดประจำตัวด้านสุขภาพอนามัย สำหรับแม่ ตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และสำหรับลูกตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 ปี

ประโยชน์

- ♥ เป็นที่รวบรวมความรู้และบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของแม่และเด็กตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนเด็กอายุ 6 ปี
- ♥ ช่วยให้พ่อและแม่ดูแลสุขภาพของลูกตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 ปี ได้อย่างเหมาะสม
- ♥ ใช้เป็นหลักฐานการแจ้งเกิด เพื่อออกสูติบัตรได้ เพราะมีหนังสือรับรองการเกิด (ท.ร.1/1) ซึ่งผู้ทำคลอดได้รับรองแล้ว

วิธีใช้

- ♥ อ่านเนื้อหาทุกเรื่องจนเข้าใจและปฏิบัติตาม
- ♥ นำสมุดบันทึกสุขภาพไปด้วยทุกครั้ง เมื่อไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง
- ♥ บันทึกข้อมูลต่างๆ ด้วยตนเองและให้สามีช่วยบันทึกในหน้าที่ระบุไว้
- ♥ เมื่อลูกเข้าโรงเรียน นำสมุดนี้มอบให้คุณครู เพื่อดูแลสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง
- ♥ ถ้าสมุดฉีกขาด หรือสูญหาย รับผิดชอบเล่มใหม่ได้ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข



สารบัญ

	หน้า	หน้า
เลขที่ทั่วไป หญิงตั้งครรภ์	1	
คำแนะนำการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	2	
ส่วนที่ 1 การตั้งครรภ์	4	
ประวัติสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว	4	
เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก	5	
ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน	6	
บันทึกการตรวจครรภ์	7	
แบบตรวจสอบความครบถ้วนของบริการตามช่วงอายุครรภ์	9-10	
กราฟความสูงของมดลูก	11	
การนับลูกดิ้น	12	
บันทึกการคลอด	15	
บันทึกทารกแรกเกิด	16	
ส่วนที่ 2 การดูแลเด็ก	17	
การประเมินภาวะเสี่ยงแม่และทารกแรกเกิด(ก่อนออกจากโรงพยาบาล)	17-18	
แบบบันทึกสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี	19	
พัฒนาการและกิจกรมบริการเด็กอายุ 1 เดือน - 4 ปี	20-39	
กราฟแสดงค่าอ้างอิงเส้นรอบศีรษะเพศชาย-หญิง แรกเกิด -5 ปี(แยกชายหญิง)	40-41	
คำแนะนำการใช้กราฟแสดงภาวะโภชนาการเด็ก	42	
กราฟแสดงภาวะโภชนาการเด็ก	43-54	
ส่วนที่ 3 ความรู้ที่จำเป็นเพื่อการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมีคุณภาพ	55	
อาการที่รู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์	56	
ข้อปฏิบัติสำหรับแม่ขณะตั้งครรภ์	57	
ตารางน้ำหนักขึ้นต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่จะให้บุตรน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัม	58	
การดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์โดยใช้เส้นทางการ	59-60	
ตารางแสดงน้ำหนักขึ้นต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่จะให้บุตรน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม	61	
ประโยชน์ของกราฟ	63	
กราฟโภชนาการหญิงตั้งครรภ์	64	
โภชนาการหญิงตั้งครรภ์ ตารางเปรียบเทียบร้อยละค่ามาตรฐานครรภ์ที่มีมวลกาย (BMI 21=100)	65-66	
ภาพชุดอาหารทดแทนสำหรับหญิงตั้งครรภ์	67-68	
พัฒนาการของทารกในครรภ์	69	
โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย	70-71	
โรคเอื้อ คืออะไร	72	
การป้องกันการแพร่เชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก	73	
การวางแผนครอบครัว	74	
แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง	75-76	
ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับลูกเพื่อให้ลูกรักแข็งแรง เก่งดี มีความสุข	77	
นมแม่ คือหยดแรกของสายใยรักแห่งครอบครัว	78	
อาหารทารก อายุแรกเกิด-12 เดือน	79-80	
ปริมาณอาหารที่เด็กควรได้ใน 1 วัน สำหรับเด็กอายุ 1-5 ปี	81	
การดูแลเด็ก	82	
การดูแลเด็กเป็นโรคไข้หวัด	83	
การดูแลฟันลูก	84	
คำแนะนำเกี่ยวกับการได้รับวัคซีน	85	
มหัศจรรย์การอ่าน	86	
วิธีเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข	87	
ข้อแนะนำการบันทึกพัฒนาการเกิดสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครองเด็ก	88	
การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	89-97	
ความเสี่ยงและคำแนะนำการป้องกันการบาดเจ็บในเด็กปฐมวัย	98-100	
บันทึกการได้รับวัคซีนป้องกันโรค	101	
วันนัดตรวจสุขภาพครั้งต่อไป	102	

ส่วนที่ 1 การตั้งครรภ์

ประวัติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

(หญิงตั้งครรภ์บันทึกเองได้)

แต่งงานได้.....ปี การคุมกำเนิด วิธี.....เป็นระยะเวลา.....ปี/.....เดือน
 หยุดคุมกำเนิดครั้งสุดท้ายก่อนตั้งครรภ์ ระยะเวลา.....ปี/.....เดือน

ประวัติการตั้งครรภ์

ครรภ์	ว/ด/ป คลอด/ แท้ง	อายุ ครรภ์ (สัปดาห์)	คลอด/ แท้ง	วิธี คลอด/ แท้ง	น้ำหนัก ทารก	เพศ	สถานที่ คลอด/ แท้ง	ภาวะ แทรก ซ้อน	สุขภาพ ทารก ปัจจุบัน
1									
2									
3									
4									
5									
6									

ประวัติเจ็บป่วย

- เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไข้วรอยด์
 โรคโลหิตจาง โรคธาลัสซีเมีย อื่นๆ.....

ประวัติผ่าตัด เมื่อ พ.ศ.....โรงพยาบาล.....
 เมื่อ พ.ศ.....โรงพยาบาล.....

ประวัติแพ้ยา ชื่อยา..... อาการที่แพ้.....
 ชื่อยา..... อาการที่แพ้.....

ประวัติการเจ็บป่วยและตั้งครรภ์ของบุคคลในครอบครัว...

- โรคชัก เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พิการแต่กำเนิด
 ครรภ์แฝด ปัญญาอ่อน อื่นๆ.....

ประวัติประจำเดือนสม่ำเสมอ หรือไม่..... มาทุกกี่วัน.....วัน

เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก (เจ้าหน้าที่ประเมิน)

ข้อ	เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน	ไม่มี	มี
	ประวัติอดีต		
1.	เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก)		
2.	เคยแท้ง 3 ครั้ง ติดต่อกันหรือมากกว่าติดต่อกัน		
3.	เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม		
4.	เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม		
5.	เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพราะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ		
6.	เคยผ่าตัดอวัยวะภายในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก, ผ่าตัดปากมดลูก, ผูกปากมดลูก ฯลฯ		
	ประวัติปัจจุบัน		
7.	ครรภ์แฝด		
8.	อายุ < 17 ปี (นับถึง EDC)		
9.	อายุ > 35 ปี (นับถึง EDC)		
10.	Rh Negative		
11.	เลือดออกทางช่องคลอด		
12.	มีก้อนในอุ้งเชิงกราน		
13.	ความดันโลหิต Diastolic ≥ 90 mmHg		
14.	โรคเบาหวาน		
15.	โรคไต		
16.	โรคหัวใจ		
17.	ติดยาเสพติด ติดสุรา		
18.	โรคอายุรกรรมอื่นๆ เช่น โลหิตจาง ไข้วรอยด์ SLE ฯลฯ (โปรดระบุ).....		

ถ้าพบคำตอบข้อใดข้อหนึ่งตกในช่องมี แสดงว่าผู้ตั้งครรภ์รายนี้ ใช้การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ไม่ได้ ควรได้รับการดูแลพิเศษ และ/หรือ ประเมินเพิ่มเติม ผู้ประเมิน..... วันที่.....

ที่มา: คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก

ผลการตรวจอัลตราซาวด์ วันที่.....
 BPD.....FL.....
 ทำเด็ก.....อายุครรภ์.....

บันทึกการตรวจครรภ์

(เจ้าหน้าที่บันทึก)

Corrected EDC.....
 By LMP PV U/S Ut Size
 GA.....wks Sign.....Date.....

วันที่ตรวจ	น้ำหนัก ก.ก.	การตรวจปัสสาวะ Bacteria/ Protein/Sugar	ความดันโลหิต ม.ม.ปรอท	ขนาดของมดลูก (cm)	ท่าเด็ก ส่วนหน้า/ การลง	เสียงหัวใจเด็ก	เด็กดิ้น	อายุครรภ์ (สัปดาห์)	การตรวจร่างกาย ทั่วไปและการ ประเมินภาวะเสี่ยง	การวินิจฉัยและการรักษา	วันนัด	ผู้ตรวจ สถานที่ตรวจ

การคัดกรองเบาหวาน..... การตรวจพิเศษอื่นๆ.....

แบบตรวจสอบความครบถ้วนของบริการตามช่วงอายุครรภ์ (เจ้าหน้าที่บันทึก)

ครั้งที่ 1 วันที่..... (ควรง่อน 12 สัปดาห์)	สัปดาห์				
	<12	20	26	32	38
1. เช็ค Classifying form แล้วไม่มีความเสี่ยงสูง					
2. ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง, วัดความดันโลหิต					
3. ตรวจร่างกายทั่วไป					
4. ตรวจปัสสาวะ (Multiple dipstip) หา Protein, Sugar, Asymptomatic bacteriuria					
5. ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจเสียงปอดและหัวใจ					
6. ตรวจภายใน(อาจเลื่อนไปตรวจในครั้งที่ 2 ของการฝากครรภ์)					
7. ตรวจ Hb/Hct/OF/DCIP(ทุกอายุครรภ์) และตรวจ VDRL, Anti HIV, Blood gr, Rhtyping, HBsAg					
8. ให้วัคซีน Tetanus toxoid ครั้งที่ 1					
9. ให้ธาตุเหล็ก และ/หรือ โฟลิก และ iodine					
10. ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉิน					
ครั้งที่ 2 วันที่(20 สัปดาห์)					
1. ชั่งน้ำหนัก, วัดความดันโลหิต					
2. ตรวจภายใน (ในกรณีที่ยังไม่ได้ตรวจเมื่อฝากครรภ์ครั้งที่ 1)					
3. ตรวจอัลตราซาวด์ (ถ้าทำได้)					
4. ให้ธาตุเหล็ก iodine และ แคลเซียม					
5. ให้วัคซีน Tetanus toxoid ครั้งที่ 2 (ห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย 1 เดือน)					
6. ให้คำปรึกษาหลังทราบผลเลือด อาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์สำหรับการติดต่อ					

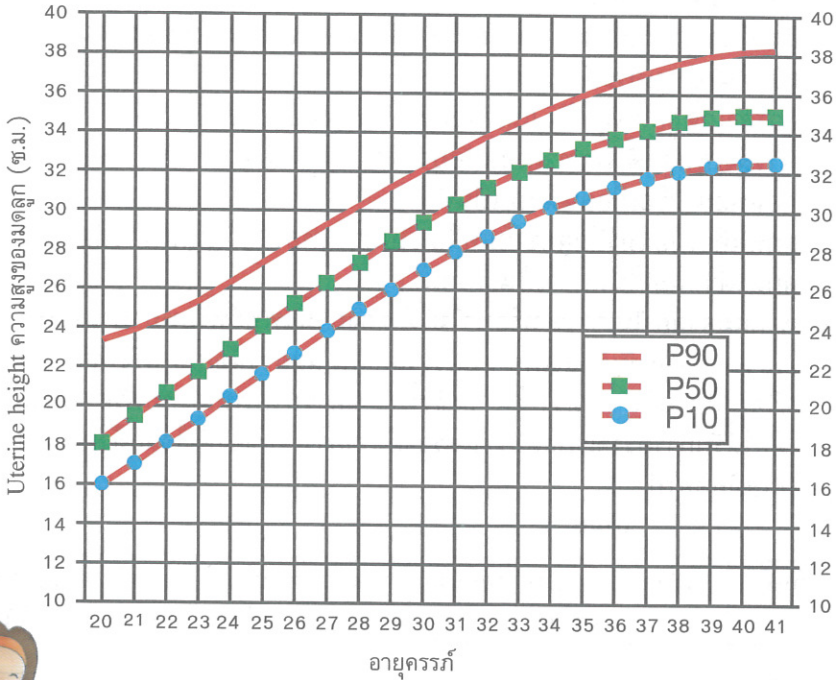
ที่มา: คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก

แบบตรวจสอบความครบถ้วนของบริการตามช่วงอายุครรภ์ (เจ้าหน้าที่บันทึก)

ครั้งที่ 3 วันที่..... (26 สัปดาห์)	สัปดาห์				
	<12	20	26	32	38
1. ชั่งน้ำหนัก, วัดความดันโลหิต					
2. ตรวจปัสสาวะหา Protein, Sugar					
3. ตรวจร่างกายทั่วไป, ตรวจภาวะซีด, บวม					
4. ตรวจครรภ์: ประเมินอายุครรภ์, วัดความสูงของยอดมดลูก, ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์					
5. ให้ธาตุเหล็ก iodine และ แคลเซียม ตลอดการตั้งครรภ์					
6. แนะนำให้มารดาสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์					
7. ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อฉุกเฉิน					
ครั้งที่ 4 วันที่.....(32 สัปดาห์)					
1. ตรวจ Hb/Hct, VDRL, Anti HIV					
2. ให้คำแนะนำการเกี่ยวกับการคลอด, วางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การคุมกำเนิด					
ครั้งที่ 5 วันที่.....(38 สัปดาห์)					
1. ตรวจท่าทารกในครรภ์ ถ้าเป็นท่าก้นให้ส่งต่อเพื่อทำ ECV หรือเพื่อการผ่าตัด					
2. ลงบันทึกในสมุดฝากครรภ์, เน้นให้นำมาโรงพยาบาลด้วยเมื่อมาคลอด					
3. ถ้ายังไม่คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบ 41 สัปดาห์ ให้มาโรงพยาบาล					

กราฟความสูงของมดลูก (เจ้าหน้าที่บันทึก)

Figure 4 : Uterine height values by weeks of gestation



การตรวจสุขภาพช่องปาก (เจ้าหน้าที่บันทึก)

บันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากเมื่อฝากครรภ์		บันทึกบริการสุขภาพช่องปากก่อนคลอด	
• ฟันผุ	<input type="checkbox"/> มี (.....ซี่) <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> สอนการควบคุมคราบจุลินทรีย์ในปาก	
• เหงือกอักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> อุดฟัน.....ซี่	
• หินน้ำลาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ถอนฟัน.....ซี่	
ผู้ตรวจ	CS	<input type="checkbox"/> ขูดหินน้ำลาย	
วันที่ตรวจ	OC	ผู้รักษา.....	
	TC	วันที่ตรวจ...../...../.....	

ดูแลสุขภาพในท้องทุกวัน สร้างสรรค์ลูกฉลาด

การนับลูกดิ้น (หญิงตั้งครรภ์บันทึก)

1. การนับลูกดิ้น เพื่อป้องกันแก้ไขลูกตายในครรภ์ ซึ่งเกิดขึ้นได้เสมอ โดยเฉพาะแม่ที่มีโรคแทรกซ้อน เช่น เป็นเบาหวาน ความดันเลือดสูง ครรภ์เป็นพิษ และใกล้ หรือเลยกำหนดคลอด
2. เริ่มสังเกตและนับความถี่ของการดิ้นของทารกในครรภ์ตั้งแต่ตั้งครรภ์ 6 เดือน เป็นต้นไป จนกระทั่งคลอด
3. ควรสังเกตลูกดิ้นทุกวัน และจดบันทึก อย่างน้อยวันละ 3 เวลา
4. การสังเกตลูกดิ้นจะทำเมื่อแม่อยู่ว่างๆ ไม่ได้ทำงาน เช่น หลังกินข้าว ก่อนนอน หรือเมื่อตื่นนอน เป็นต้น
5. ลูกดิ้นคือเมื่อแม่รู้สึกลูกขยับเคลื่อนไหวไปมาในท้อง ถ้ารู้สึกเพียงท้องตึงหรือลูกดิ้นตัวขึ้นมาไม่นับว่าเป็นลูกดิ้น
6. หากแม่สงสัย ไม่เข้าใจ หรือทำไม่ได้ ต้องถามแพทย์หรือพยาบาลทันที
7. เวลา 1 ชั่วโมงที่เฝ้าสังเกต แม่ควรรู้สึกลูกดิ้นอย่างน้อย 3 ครั้ง หากไม่รู้สึก หรือ รู้สึกไม่ถึง 3 ครั้ง ใน 1 ชั่วโมง ต้องรีบไปพบแพทย์หรือ พยาบาล เพื่อได้รับการตรวจเพิ่มเติมเช่น ตรวจอัตราการเต้นของหัวใจลูกด้วยเครื่องมือทันสมัยต่อไป

เดือน.....

วันที่	เช้า (ครั้ง)	กลางวัน (ครั้ง)	ก่อนนอน (ครั้ง)	วันที่	เช้า (ครั้ง)	กลางวัน (ครั้ง)	ก่อนนอน (ครั้ง)
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16							

เดือน.....

วันที่	เช้า (ครั้ง)	กลางวัน (ครั้ง)	ก่อนนอน (ครั้ง)	วันที่	เช้า (ครั้ง)	กลางวัน (ครั้ง)	ก่อนนอน (ครั้ง)
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16							

เดือน.....

วันที่	เช้า (ครั้ง)	กลางวัน (ครั้ง)	ก่อนนอน (ครั้ง)	วันที่	เช้า (ครั้ง)	กลางวัน (ครั้ง)	ก่อนนอน (ครั้ง)
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16							

เมื่อลูกดิ้น 1 ครั้ง ให้ใส่เครื่องหมาย / ทุกครั้ง
 ความถี่เกิน 3 ชีต /// ต่อชั่วโมงของการสังเกต

บันทึกการเดินต่อ

เดือน.....

วันที่	เช้า (ครั้ง)	กลางวัน (ครั้ง)	ก่อนนอน (ครั้ง)	วันที่	เช้า (ครั้ง)	กลางวัน (ครั้ง)	ก่อนนอน (ครั้ง)
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16							

อาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ที่ต้องมาพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที

- ปวดศีรษะ ตาพร่า
- ปวดท้อง เจ็บท้อง
- ตกขาว
- ขับถ่ายผิดปกติ
- ไข้
- เลือดออกทางช่องคลอด
- น้ำเดิน
- ลูกดิ้นน้อยลง
- ชักหมดสติ



บันทึกการคลอด (เจ้าหน้าที่บันทึก)

สถานที่คลอด.....โดย

- () แพทย์ () พยาบาล
 () อื่นๆ (ระบุ).....

อายุครรภ์.....สัปดาห์ วิธีการคลอด.....

ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด

- ไม่มี มี (ระบุ)

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

- ไม่มี มี (ระบุ)

บันทึกการตรวจหลังคลอด (เจ้าหน้าที่บันทึก)

วันที่ตรวจ	ความดันโลหิต	ระดับมดลูก	น้ำคาวปลา	หวันมและเต้านม	การหลั่งของน้ำนม	ความสะอาดของสะดือเด็ก	ผู้ตรวจ

การตรวจหลังคลอด สัปดาห์ที่ 1-2 ตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง
 สัปดาห์ที่ 6 ตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง

อาการผิดปกติหลังคลอดที่ต้องมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที

- ตกเลือดหลังคลอด เป็นก้อน ลิ่มเลือด
- บัสสาวะแสบ ขัด กะปริดกะปรอย หรือ บัสสาวะไม่ออก
- ตัวร้อนเป็นไข้ติดต่อกัน 2 วัน
- ปวด บวม บริเวณฝีเย็บหรือแผลแยก
- น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น ชุ่มชื้น หรือมีสีแดงนานเกิน 2 สัปดาห์
- หวันมแตก หรืออักเสบ

ตรวจหลังคลอด แม่ลูกปลอดภัย

ประวัติทารก	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ทราบ
1. เด็กคลอดก่อนกำหนด (มารดาอายุครรภ์ <37 สัปดาห์)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Hypoglycemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Hyperbilirubinemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Apgar Score ที่ 5 นาที ≤ 4 และมี Complication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. ชัก, Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. มีปัญหาการดูดกลืน, ดูดนมไม่เก่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Down Syndrome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Congenital Anomaly (แล้วแต่แพทย์พิจารณา)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Anemia (Central Hct < 40% ที่อายุ <7 วัน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ประวัติครอบครัว

- มีประวัติโรคพันธุกรรม, การได้ยิน, Mental Retardation ในครอบครัว

หมายเหตุ ถ้ามีภาวะเสี่ยง ตั้งแต่ 1 ข้อ ขึ้นไป บ่งชี้ว่า คือ High Risk Case ให้นำเด็กพบแพทย์ เมื่ออายุ 1 เดือน ถ้าไม่พบภาวะเสี่ยงนัด 2 เดือน ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี

แบบบันทึกสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี
(เจ้าหน้าที่บันทึก)

อายุ	6 เดือน	9 เดือน	1 ปี	1 ปีครึ่ง	2 ปี	2 ปีครึ่ง	3 ปี	4 ปี	5 ปี
วัน เดือน ปี ที่ตรวจ									
กินนมหวาน									
ใช้ขวดนม									
กินขนม ครั้ง/วัน									
ผู้ปกครอง แปรงฟันให้เด็ก ก่อนนอนทุกวัน									
ใช้ยาสีฟันผสม ฟลูออไรด์									
มีคราบจุลินทรีย์									
มีฟันผุระยะแรก									
มีฟันผุเป็นรู(ซี่)									
คำแนะนำ/ การรักษา									
ผู้ตรวจ									

ที่มา : ข้อมูลจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย



พัฒนาการเด็กอายุ 1 เดือน (± 7 วัน)

(พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูบันทึก)

	ใช่	ไม่ใช่
■ พัฒนาการเด็ก		
จ้องหน้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มองตาม กิ่งกลางลำตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ส่งเสียง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ยกศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ อาหารและโภชนาการ		
กินนมแม่อย่างเดียว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ บันทึกของพ่อแม่เกี่ยวกับลูก และปัญหาที่ต้องการปรึกษา		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากเด็กมีแนวโน้มการเจริญเติบโตไม่ดีหรือมีลักษณะต่อไปนี้

- อายุ 3 เดือน ไม่สบตา ไม่ยิ้มตอบ ไม่ชูคอในท่าคว่ำ
- สะดือแดง หรือมีอาการอักเสบบวมแดง
- กว่าเองก่อน 3 เดือน อาจเป็นจากกล้ามเนื้อเกร็งผิดปกติ

เริ่มบันทึกนมแม่เก็บใส่ตู้เย็น เมื่อลูกอายุ 1 เดือน

กิจกรรมบริการเด็กอายุ 1 เดือน (± 7 วัน)

(เจ้าหน้าที่บันทึก)

- วันที่ตรวจ.....
- น้ำหนัก.....ก.ก. ความยาว.....ซ.ม. รอบศีรษะ.....ซ.ม.
 - ภาวะโภชนาการ
 - ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
 - การตรวจร่างกาย ตา หู ช่องปาก หัวใจ ท้อง อวัยวะเพศ แขนขา กระหม่อมหน้า-หลัง (ให้ตรวจอย่างละเอียด) หากไม่สามารถทำได้ครบ ให้ตรวจหัวใจเพื่อฟังเสียงหัวใจรัว
 - ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
 - ตรวจสอบพัฒนาการเพิ่มเติมในกรณีที่มีข้อสงสัย
 -
 -
 - ปัญหาการเลี้ยงดู และปัญหาด้านสุขภาพ (สอบถามจากผู้เลี้ยงดู) ได้แก่
 -
 - การจัดโรงเรียนพ่อแม่ ทำ ไม่ทำ
 - คำแนะนำที่ให้
 - การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
 - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว
 - อาหารสำหรับแม่
 - การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงอายุต่อไป
 - การป้องกันอุบัติเหตุ.....
 - งดใส่ถุงมือ งดดูดนิ้ว งดหัวนมหลอก งดยาโบราณ งดกวาดยา
 - อื่นๆ (ระบุ)
 - การส่งต่อในกรณีมีความผิดปกติและการดูแลรักษา
 - ไม่มี มี ระบุ.....

ห้ามเสริมนมขวดเพราะคิดว่านมแม่ไม่พอ เพราะร่างกายแม่สร้างน้ำนมได้เพียงพอสำหรับลูก ถ้าเสริมนมขวด นมแม่จะสร้างน้อยลง และนมแม่จะแห้งไวในที่สุด

พัฒนาการเด็กอายุ 2 เดือน (± 7 วัน) (พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูบันทึก)

	ใช่	ไม่ใช่
■ พัฒนาการเด็ก		
ยิ้มทัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มองผ่านกึ่งกลางลำตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ทำเสียงอูอา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ยกศีรษะ 45 องศา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ อาหารและโภชนาการ		
กินนมแม่อย่างเดียว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ บันทึกของพ่อแม่เกี่ยวกับลูก และปัญหา ที่ต้องการปรึกษา		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากเด็กมีแนวโน้มการเจริญเติบโต
ไม่ดีหรือมีลักษณะต่อไปนี้

- อายุ 3 เดือน ไม่สบตา ไม่ยิ้มตอบ ไม่ชูคอในท่าคว่ำ
- สะดือแดง หรือมีอาการอักเสบบวมแดง
- คว่ำเองก่อน 3 เดือน อาจเป็นจากกล้ามเนื้อเกร็งผิดปกติ

สอนผู้เลี้ยงดูลูก ป้อนนมแม่โดยตั้งจากแก้ว

กิจกรรมบริการเด็กอายุ 2 เดือน (± 7 วัน) (เจ้าหน้าที่บันทึก)

วันที่ตรวจ.....

น้ำหนัก.....ก.ก. ความยาว.....ซ.ม. รอบศีรษะ.....ซ.ม.

ภาวะโภชนาการ

ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

การตรวจร่างกาย ตา หู ช่องปาก หัวใจ ท้อง อวัยวะเพศ แขนขา
 กระหม่อมหน้า-หลัง (ให้ตรวจอย่างละเอียด) หากไม่สามารถทำได้ครบ
 ให้ ตรวจหัวใจเพื่อฟังเสียงหัวใจรัว

ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

ตรวจสอบพัฒนาการเพิ่มเติมในกรณีที่มีข้อสงสัย

.....

.....

ปัญหาการเลี้ยงดู และปัญหาด้านสุขภาพ (สอบถามจากผู้เลี้ยงดู) ได้แก่

.....

.....

การจัดโรงเรียนพ่อแม่ ทำ ไม่ทำ

คำแนะนำที่ให้

การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

อาหารสำหรับแม่

การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงอายุต่อไป

การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น จมน้ำ น้ำร้อนลวก

งดใส่ถุงมือ งดดูดนิ้ว งดหัวนมหลอก งดยาแผนโบราณ งดกวาดยา

อื่นๆ (ระบุ)

การส่งต่อในกรณีมีความผิดปกติและการดูแลรักษา

ไม่มี มี ระบุ.....

ไม่ใช่ หัวนมหลอกหรือให้เด็กดูดนิ้ว เพราะเด็กจะติดและเลิกยากมากในอนาคต
ทำให้ฟันเขี้ยวและ ก้าววิด

พัฒนาการเด็กอายุ 4 เดือน (± 15 วัน) (พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูบันทึก)

	ใช่	ไม่ใช่
■ พัฒนาการเด็ก		
มองมือตนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มองตาม 180 องศา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ทำเสียงสูงๆ ต่ำๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ทำนอนคว่ำยกอกพ้นพื้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ อาหารและโภชนาการ		
กินนมแม่อย่างเดียว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ บันทึกของพ่อแม่เกี่ยวกับลูก และปัญหาที่ต้องการปรึกษา		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากเด็กมีแนวโน้มการเจริญเติบโตไม่ดีหรือมีลักษณะต่อไปนี้

- อายุ 4-5 เดือน ยังไม่ชันคอ ไม่คว้าของ

ป้องกันเด็กตกเตียง เพราะเด็กเริ่มคว่ำและคืบได้

กิจกรรมบริการเด็กอายุ 4 เดือน (± 15 วัน) (เจ้าหน้าที่บันทึก)

วันที่ตรวจ.....

น้ำหนัก.....ก.ก. ความยาว.....ซ.ม. รอบศีรษะ.....ซ.ม.

ภาวะโภชนาการ

ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

.....

การตรวจร่างกาย (หากมีข้อสงสัยให้ตรวจอย่างละเอียด)

ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

.....

ตรวจสอบพัฒนาการเพิ่มเติมในกรณีที่มีข้อสงสัย

.....

.....

ปัญหาการเลี้ยงดู และปัญหาด้านสุขภาพ

.....

.....

คำแนะนำที่ให้

การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

นมแม่และอาหารเมื่อเด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไป

การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงอายุต่อไป

การอ่านหนังสือภาพกับเด็ก

การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น จมน้ำ น้ำร้อนลวก

งดใส่ถุงมือ งดดูดนิ้ว งดดูดนมหลอก งดใช้รถหัดเดิน

การส่งต่อในกรณีมีความผิดปกติและการดูแลรักษา

ไม่มี มี ระบุ.....

เด็กเริ่มคว่ำและเริ่มคืบ ให้พ่อแม่ พุดคุยขยับเล่น กับลูกบ่อยๆ

พัฒนาการเด็กอายุ 6 เดือน (± 15 วัน) (พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูบันทึก)

	ใช่	ไม่ใช่
■ พัฒนาการเด็ก		
หยิบของป้อนเอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มองตามของตก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หันหาเสียงเรียก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ดึงขึ้นศีรษะไม่ห้อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ อาหารและโภชนาการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
นมแม่		
อาหารอื่น ได้แก่.....		
■ บันทึกของพ่อแม่เกี่ยวกับลูก และปัญหาที่ต้องการปรึกษา		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากเด็กมีแนวโน้มการเจริญเติบโตไม่ดีหรือมีลักษณะต่อไปนี้

- อายุ 6 เดือน ไม่มองตาม ไม่หันหาเสียงร้อง ไม่สนใจคนที่เล่นด้วย ยังไม่พลิกคว่ำ-หงาย

ไม่ใช้รถหัดเดิน เพราะทำให้เด็กเดินช้า
และพลิกคว่ำตกจากที่สูงได้ง่าย

กิจกรรมบริการเด็กอายุ 6 เดือน (± 15 วัน) (เจ้าหน้าที่บันทึก)

- วันที่ตรวจ.....
- น้ำหนัก.....ก.ก. ความยาว.....ซ.ม. รอบศีรษะ.....ซ.ม.
- ภาวะโภชนาการ
- ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
-
- ค่าฮีมาโตคริตหรือฮีโมโกลบิน.....(ตรวจเมื่อเด็กอายุ.....เดือน)
- การตรวจร่างกาย ตา หู ช่องปาก หัวใจ ปอด ท้อง อวัยวะเพศ แขนขา ผิวหนัง หากมีเวลาน้อยให้ตรวจสายตาเหลือ การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และการได้ยิน
- ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
-
- ตรวจสอบพัฒนาการเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย
-
-
- ปัญหาการเลี้ยงดู และปัญหาด้านสุขภาพ
- การให้วิตามินเสริมธาตุเหล็ก ได้ ไม่ได้
- การจัดโรงเรียนพ่อแม่ ทำ ไม่ทำ
- คำแนะนำที่ให้
- การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- นมแม่และอาหารตามวัย
- การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงอายุต่อไป
- การอ่านหนังสือภาพกับเด็ก และการเล่นกับเด็ก
- การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น จมูก ปลั๊กไฟ น้ำร้อนลวก สำล็กอาหาร
- งดใช้รถหัดเดิน
- การดูแลสุขภาพช่องปาก
- ผีกลืนนมหลังเข้านอน 2 ทุ่ม-6.00น. และไม่ดูนมหลับคาเต้า
- การส่งต่อและการดูแลรักษา
- ไม่มี มี ระบุ

ระวังเด็กจมน้ำในบ้าน ให้คว่ำถังน้ำ คว่ำกะละมังเมื่อเลิกใช้งาน

พัฒนาการเด็กอายุ 9 เดือน (± 15 วัน) (พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูบันทึก)

	ใช่	ไม่ใช่
■ พัฒนาการเด็ก		
โบกมือ บ้าย บาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ถือก้อนไม้มือละก้อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เลียนเสียงพูดคุย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ลุกขึ้นนั่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ อาหารและโภชนาการ		
นมแม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อาหารอื่น ได้แก่.....		
จำนวนมือต่อวัน.....มือ		
■ บันทึกของพ่อแม่เกี่ยวกับลูก และปัญหาที่ต้องการปรึกษา		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
หากเด็กมีแนวโน้มการเจริญเติบโตไม่ดีหรือมีลักษณะต่อไปนี้

- ขาเหยียดเกร็งเวลาคลีบลาน หรือนั่งท่า W
- 9-10 เดือนยังไม่หันตามทิศทางเสียงที่ถูกต้อง



ไมใช้รถหัดเดิน เพราะเกิดอุบัติเหตุบ่อยและเด็กอาจเดินแข่งเท้า

กิจกรรมบริการเด็กอายุ 9 เดือน (± 15 วัน) (เจ้าหน้าที่บันทึก)

วันที่ตรวจ.....

น้ำหนัก.....ก.ก. ความยาว.....ซ.ม. รอบศีรษะ.....ซ.ม.

ภาวะโภชนาการ

ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

การตรวจร่างกาย (หากมีข้อสงสัยให้ตรวจอย่างละเอียด)

ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

.....

การตรวจฟัน

.....

ตรวจสอบพัฒนาการเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย

.....

ปัญหาการเลี้ยงดู และปัญหาด้านสุขภาพ

.....

.....

การให้วิตามินเสริมธาตุเหล็ก ได้ ไม่ได้

คำแนะนำที่ให้

การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

นมแม่และอาหารตามวัย 2 มือ

การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงอายุต่อไป

การอ่านหนังสือภาพกับเด็กและการเล่นกับเด็ก

การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น จมน้ำ ปลั๊กไฟ น้ำร้อนลวก สำลักอาหาร

การดูแลสุขภาพฟัน

งดนมหลังเข้านอน

งดใช้รถหัดเดิน

ห้ามดูทีวี/ซีดี/ดีวีดี จนอายุ 2 ปี

การส่งต่อและการดูแลรักษา

ไม่มี มี ระบุ.....

ห้ามเล่น ของเล่นชิ้นเล็กกว่า 2 ซม. เพราะเด็กจะอมและติดคอ สำลักได้

พัฒนาการเด็กอายุ 12 เดือน (± 15 วัน) (พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูบันทึก)

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ■ พัฒนาการเด็ก | | |
| บอกความต้องการ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| หยิบก้อนไม้ใส่ถ้วย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| เรียกพ่อ-แม่ อย่างมีความหมาย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| พูดมีความหมาย 1 คำ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ยืนตามลำพัง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ อาหารและโภชนาการ | | |
| นมแม่ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| อาหารอื่น ได้แก่..... | | |
| จำนวนมือต่อวัน.....มือ | | |
| กินอาหารกรูบกรอบ <input type="checkbox"/> กิน <input type="checkbox"/> ไม่กิน | | |
| ■ บันทึกของพ่อแม่เกี่ยวกับลูก และปัญหาที่ต้องการปรึกษา | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากเด็กมีแนวโน้มการเจริญเติบโตไม่ดีหรือมีลักษณะต่อไปนี้

- อายุ 1 ปี ยังไม่เกาะเดิน ยังไม่สามารถใช้นิ้วหยิบของกินเข้าปากได้ ไม่สามารถเลียนแบบท่าทางหรือเสียงพูด ยังพูดคำเดียวไม่ได้

เวลานี้ทานให้ลูกขี้ทุกวัน อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

กิจกรรมบริการเด็กอายุ 12 เดือน (± 15 วัน) (เจ้าหน้าที่บันทึก)

วันที่ตรวจ.....

- น้ำหนัก.....ก.ก. ความยาว.....ซ.ม. รอบศีรษะ.....ซ.ม.
- ภาวะโภชนาการ
 - ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
- การตรวจร่างกาย ตา หู ช่องปาก หัวใจ ปอด ท้อง แขนขา ผิวหนัง (ให้ตรวจอย่างละเอียด) หากไม่สามารถทำได้ครบให้ตรวจหัวใจ ท้อง กระหม่อมหน้า
 - ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
- การตรวจช่องปากและฟัน (แนะนำโดยทันตบุคลากร)
-
- ตรวจพัฒนาการเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย
-
- การคัดกรองโรคออทิสติก ปกติ สงสัย
- ปัญหาการเลี้ยงดู และปัญหาสุขภาพ
-
- การให้วิตามินเสริมธาตุเหล็ก ได้ ไม่ได้
- การจัดโรงเรียนพ่อแม่ ทำ ไม่ทำ
- คำแนะนำที่ให้
 - การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
 - กินอาหาร 3 มื้อ กินนมแม่ต่อไป งดนมหลังเข้านอน
 - การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงอายุต่อไป
 - การอ่านหนังสือภาพกับเด็กและการเล่นกับเด็ก
 - การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น จมน้ำ ปลั๊กไฟ น้ำร้อนลวก สำลักอาหาร
 - ห้ามดูทีวี/ซีดี/ดีวีดี จนอายุ 2 ปี
- การส่งต่อและการดูแลรักษา
 - ไม่มี มี ระบุ.....

ฝึกนั่งกระโถนและเลิกใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป

พัฒนาการเด็กอายุ 18 เดือน (± 1 เดือน) (พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูบันทึก)

	ใช่	ไม่ใช่
■ พัฒนาการเด็ก		
ใช้ช้อนกินอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ตอก่อนไม้ 2 ชั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ขีดเส้นยุ่ง ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
พูดได้ 3 คำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
วิ่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ อาหารและโภชนาการ		
อาหารที่ได้รับ.....		
จำนวนมือต่อวัน.....มือ		
กินอาหารกรูบกรอบ	<input type="checkbox"/> กิน	<input type="checkbox"/> ไม่กิน
ตีมน้ำอัดลม	<input type="checkbox"/> ตีม	<input type="checkbox"/> ไม่ตีม
■ บันทึกของพ่อแม่เกี่ยวกับลูก และปัญหาที่ต้องการปรึกษา		
.....		
.....		
.....		

ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากเด็กอายุ 18 เดือนมีแนวโน้มการเจริญเติบโตไม่ดีหรือ ทำตามคำสั่งง่าย ๆ ไม่ได้ เช่น ส้วสดี เดินมาหาแม่

เลี้ยงลูก เล่นกับลูกให้เหมาะสมกับเพศของเด็ก
และพ่อต้องมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกโดยเฉพาะลูกชาย

กิจกรรมบริการเด็กอายุ 18 เดือน (± 1 เดือน) (เจ้าหน้าที่บันทึก)

วันที่ตรวจ.....

น้ำหนัก.....ก.ก. ความยาว.....ซ.ม. รอบศีรษะ.....ซ.ม.

ภาวะโภชนาการ

ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

การตรวจร่างกาย โดยเฉพาะกระหม่อมหน้า (หากมีข้อสงสัยให้ตรวจอย่างละเอียด).....

ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

ตรวจพัฒนาการเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย

.....

การคัดกรองโรคออทิสติก ปกติ สงสัย

ปัญหาการเลี้ยงดู และปัญหาสุขภาพ

.....

การให้วิตามินเสริมธาตุเหล็ก ได้ ไม่ได้

คำแนะนำที่ให้

การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

กินอาหาร 3 มื้อ กินนมแม่ต่อไป ตักข้าวกินเอง งดนมหลังเข้านอน

การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงอายุต่อไป

การอ่านหนังสือภาพกับเด็กและการเล่นกับเด็ก ของเล่นตามวัย

การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น จมน้ำ ปลั๊กไฟ น้ำร้อนลวก สำล็กอาหารตกจากที่สูง

การดูแลสุขภาพฟันวันละ 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอน

ฝึกขับถ่าย เลิกใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป

ห้ามดูทีวี/ซีดี/ดีวีดี จนอายุ 2 ปี

การส่งต่อและการดูแลรักษา

ไม่มี มี ระบุ.....

หัดให้ช่วยทำงานบ้านง่ายๆ เช่น เก็บของเล่น กวาดบ้าน

พัฒนาการเด็กอายุ 2 ปี (± 1 เดือน) (พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูบันทึก)

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-------------------------------|----------------------------------|
| ■ พัฒนาการเด็ก | | |
| ถอดเสื้อผ้า | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ต่อก้อนไม้ 4 ชั้น | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| พูด 2 คำ ต่อกัน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| โยนบอล | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ อาหารและโภชนาการ | | |
| อาหารที่ได้รับ..... | | |
| จำนวนมือต่อวัน.....มือ | | |
| กินอาหารครบรอบ | <input type="checkbox"/> กิน | <input type="checkbox"/> ไม่กิน |
| ดื่มน้ำอัดลม | <input type="checkbox"/> ดื่ม | <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม |
| ■ บันทึกของพ่อแม่เกี่ยวกับลูก และปัญหาที่ต้องการปรึกษา | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากเด็กอายุ 2 ปี มีแนวโน้มการเจริญเติบโตไม่ดีหรือยังพูดคำต่อกัน 2 คำ ที่มีความหมายไม่ได้

สวนเจริญธรรม แทน ความมีน้ำใจ ทำบุญตักบาตร สวดมนต์ ไหว้พระ
นิทานสวนคุณธรรม จริยธรรม

กิจกรรมบริการเด็กอายุ 2 ปี (± 1 เดือน) (เจ้าหน้าที่บันทึก)

วันที่ตรวจ.....

- น้ำหนัก.....ก.ก. ความยาว.....ซ.ม. รอบศีรษะ.....ซ.ม.
- ภาวะโภชนาการ
 - ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
- การตรวจร่างกาย (หากมีข้อสงสัยให้ตรวจอย่างละเอียด)
 - ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
- ตรวจพัฒนาการเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย
.....
- ปัญหาการเลี้ยงดู ปัญหาสุขภาพ ปัญหาพฤติกรรม
.....
- การให้วิตามินเสริมธาตุเหล็ก ได้ ไม่ได้
- การจัดโรงเรียนพ่อแม่ ทำ ไม่ทำ
- คำแนะนำที่ให้
 - การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
 - กินอาหาร 3 มื้อ ตักอาหารกินเอง ดื่มนมจากแก้วหรือกล่อง ประมาณ 2-3 ครั้ง/วัน
 - การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงอายุต่อไป
 - การอ่านหนังสือภาพกับเด็ก การเล่นกับเด็กและ ของเล่นเด็กตามวัย
 - การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ระวังปลั๊กไฟ น้ำร้อนลวก ตกบันได สำลั๊กอาหารชิ้นเล็ก
 - ดูทีวีไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน
 - ฝึกขับถ่าย เลิกใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป
 - มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา
- การส่งต่อและการดูแลรักษา
 - ไม่มี มี ระบุ.....

ห้ามเล่นแกมส์คอมพิวเตอร์ และพ่อแม่ห้ามเล่นให้ลูกเห็น

พัฒนาการเด็กอายุ 3 ปี (± 1 เดือน)

(พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูบันทึก)

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-------------------------------|----------------------------------|
| ■ พัฒนาการเด็ก | | |
| ใส่เสื้อสวมศีรษะ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ต่อก่อนไม้ 8 ชั้น | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| รู้จักคุณศัพท์อย่างน้อย 2 คำ เช่น หนาว หิว เหนื่อย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ยืนขาเดียว 1 วินาที | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| เลียนแบบวาดเส้นตั้ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ อาหารและโภชนาการ | | |
| อาหารที่ได้รับ..... | | |
| จำนวนมือต่อวัน.....มือ | | |
| กินอาหารครบรอบ | <input type="checkbox"/> กิน | <input type="checkbox"/> ไม่กิน |
| ดื่มน้ำอัดลม | <input type="checkbox"/> ดื่ม | <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม |
| ■ บันทึกของพ่อแม่เกี่ยวกับลูก และปัญหาที่ต้องการปรึกษา | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ปรึกษาแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากลูกมีแนวโน้มการเจริญเติบโตไม่ดี หรือมีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัย

- ทำตามคำสั่งง่ายๆ ไม่ได้

พ่อแม่เป็นตัวอย่างที่ดี ไม่กินเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ไม่เล่นการพนัน
ไม่พูดคำหยาบ ไม่ใช้ความรุนแรงในบ้าน

กิจกรรมบริการเด็กอายุ 3 ปี (± 1 เดือน)


(เจ้าหน้าที่บันทึก)

วันที่ตรวจ.....

- น้ำหนัก.....ก.ก. ความยาว.....ซ.ม. รอบศีรษะ.....ซ.ม.
- ภาวะโภชนาการ
 - ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
- การตรวจร่างกาย (หากมีข้อสงสัยให้ตรวจอย่างละเอียด)
 - ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
- ตรวจพัฒนาการเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย
.....
- ผลการคัดกรองความฉลาดทางอารมณ์
.....
- ปัญหาการเลี้ยงดู ปัญหาสุขภาพ ปัญหาพฤติกรรม
.....
- การจัดโรงเรียนพ่อแม่ ทำ ไม่ทำ
- คำแนะนำที่ให้
 - การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
 - กินอาหาร 3 มื้อ ไม่กินขนมกรุบกรอบ ไม่กินน้ำอัดลม
 - การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงอายุต่อไป
 - การอ่านหนังสือภาพกับเด็กและการเล่นกับเด็ก
 - สอนให้รู้จักช่วยเหลือตัวเอง
 - สอนให้เก็บของเล่นทุกครั้ง
 - มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา
 - การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ปลั๊กไฟ น้ำร้อนลวก ตกบันได
 สำคัญอาหารชิ้นเล็ก
 - ดูทีวีไม่เกิน 1 ชั่วโมง
- การส่งต่อและการดูแลรักษา
 - ไม่มี มี ระบุ.....

ไม่กินลูกอม น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ เพราะมีคุณค่าทางอาหารน้อย
ทำให้ฟันผุ และเด็กอ้วน ไม่ยอมกินข้าว

พัฒนาการเด็กอายุ 4 ปี (± 1 เดือน) (พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูบันทึก)

- | | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-------------------------------|----------------------------------|
| ■ พัฒนาการเด็ก | | |
| แต่งตัวเอง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ลอกรูป + | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ลอกรูป  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| บอกได้ 4 สี | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ยีนขาเดียว 3 วินาที | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| รู้จักคุณศัพท์ 3 คำ เช่น หิว หนาว อิ่ม | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ อาหารและโภชนาการ | | |
| อาหารที่ได้รับ..... | | |
| จำนวนมือต่อวัน.....มือ | | |
| กินอาหารครบรอบ | <input type="checkbox"/> กิน | <input type="checkbox"/> ไม่กิน |
| ดื่มน้ำอัดลม | <input type="checkbox"/> ดื่ม | <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม |
| ■ บันทึกของพ่อแม่เกี่ยวกับลูก และปัญหาที่ต้องการปรึกษา | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ปรึกษาแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากลูกมีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัย หรือ มีแนวโน้มการเจริญเติบโตไม่ดี

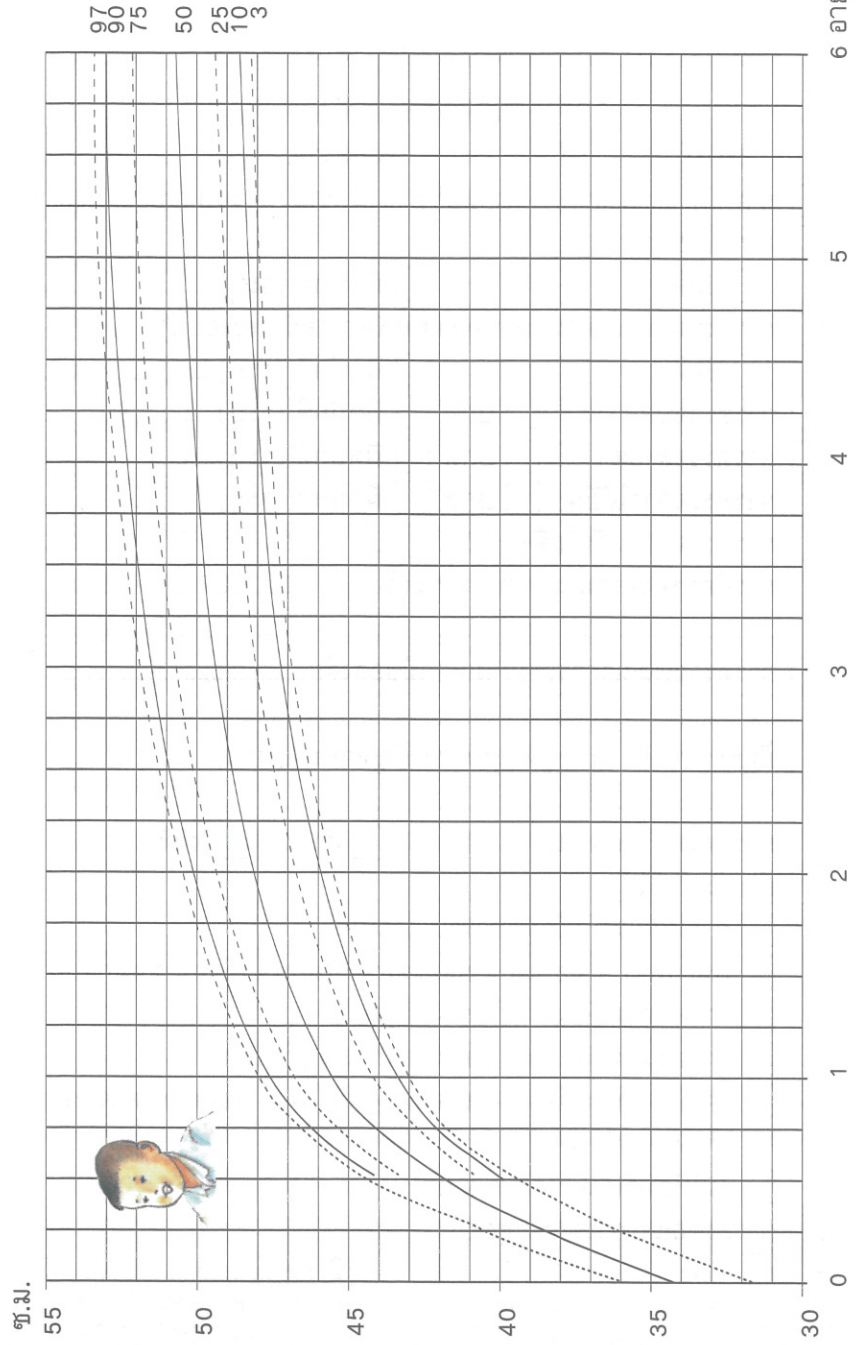
ฝึกลูกให้ทำอะไรด้วยตัวเองให้มากขึ้นเรื่อยๆ ทุกวัน เช่น ใส่เสื้อผ้าเอง ตักข้าวเอง เอาจานไปไว้ที่ล้างจาน ล้างจานของตัวเอง เก็บตุ๋นหั่นเอง

กิจกรรมบริการเด็กอายุ 4 ปี (± 1 เดือน) (เจ้าหน้าที่บันทึก)

- วันที่ตรวจ.....
- น้ำหนัก.....ก.ก. ความยาว.....ซ.ม. รอบศีรษะ.....ซ.ม.
 - ภาวะโภชนาการ
 - ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
 - การตรวจร่างกาย (หากมีข้อสงสัยให้ตรวจอย่างละเอียด)
 - ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
 - การตรวจปัสสาวะ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
 - การตรวจสายตา ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
 - การตรวจการได้ยิน ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....
 - การตรวจความดันโลหิต.....
 - การคัดกรองความฉลาดทางอารมณ์.....
 - การตรวจพัฒนาการเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย.....
 - ปัญหาการเลี้ยงดู ปัญหาสุขภาพ ปัญหาพฤติกรรม.....
 - การจัดโรงเรียนพ่อแม่ ทำ ไม่ทำ
 - คำแนะนำที่ให้
 - การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
 - กินอาหาร 3 มื้อ นม 2 ถ้วยต่อวัน ไม่กินน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ
 - การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงอายุต่อไป
 - การอ่านหนังสือภาพกับเด็กและการเล่นกับเด็ก
 - การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น จมน้ำ ปลั๊กไฟ น้ำร้อนลวก ตกจากที่สูง สารพิษในบ้าน
 - ไม่ให้ดูทีวีเกินวันละ 1-2 ชั่วโมง
 - การส่งต่อและการดูแลรักษา
 - ไม่มี มี ระบุ.....

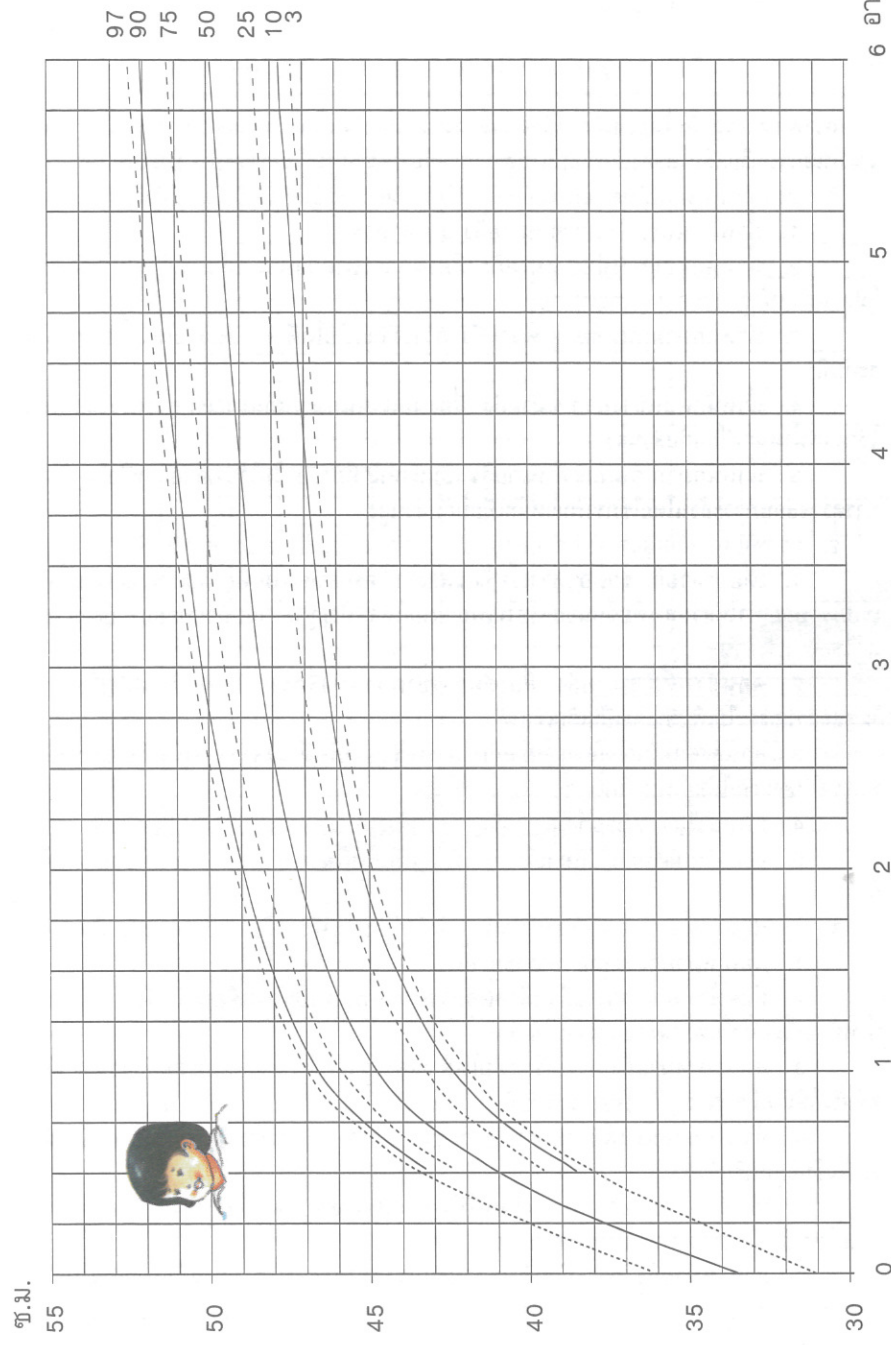
สอนระเบียบวินัย เช่น กินข้าวเป็นเวลา อ่านหนังสือและทำการบ้านเป็นเวลาทุกวัน

กราฟแสดงค่าอ้างอิงเส้นรอบศีรษะ:เพศชายอายุ แรกเกิด - 5 ปี



ที่มา: เกณฑ์อ้างอิง น้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประเทศไทย อายุ 1 วัน - 19 ปี กองโภชนาการกรมอนามัย ธันวาคม 2542

กราฟแสดงค่าอ้างอิงเส้นรอบศีรษะ:เพศหญิงอายุ แรกเกิด - 5 ปี



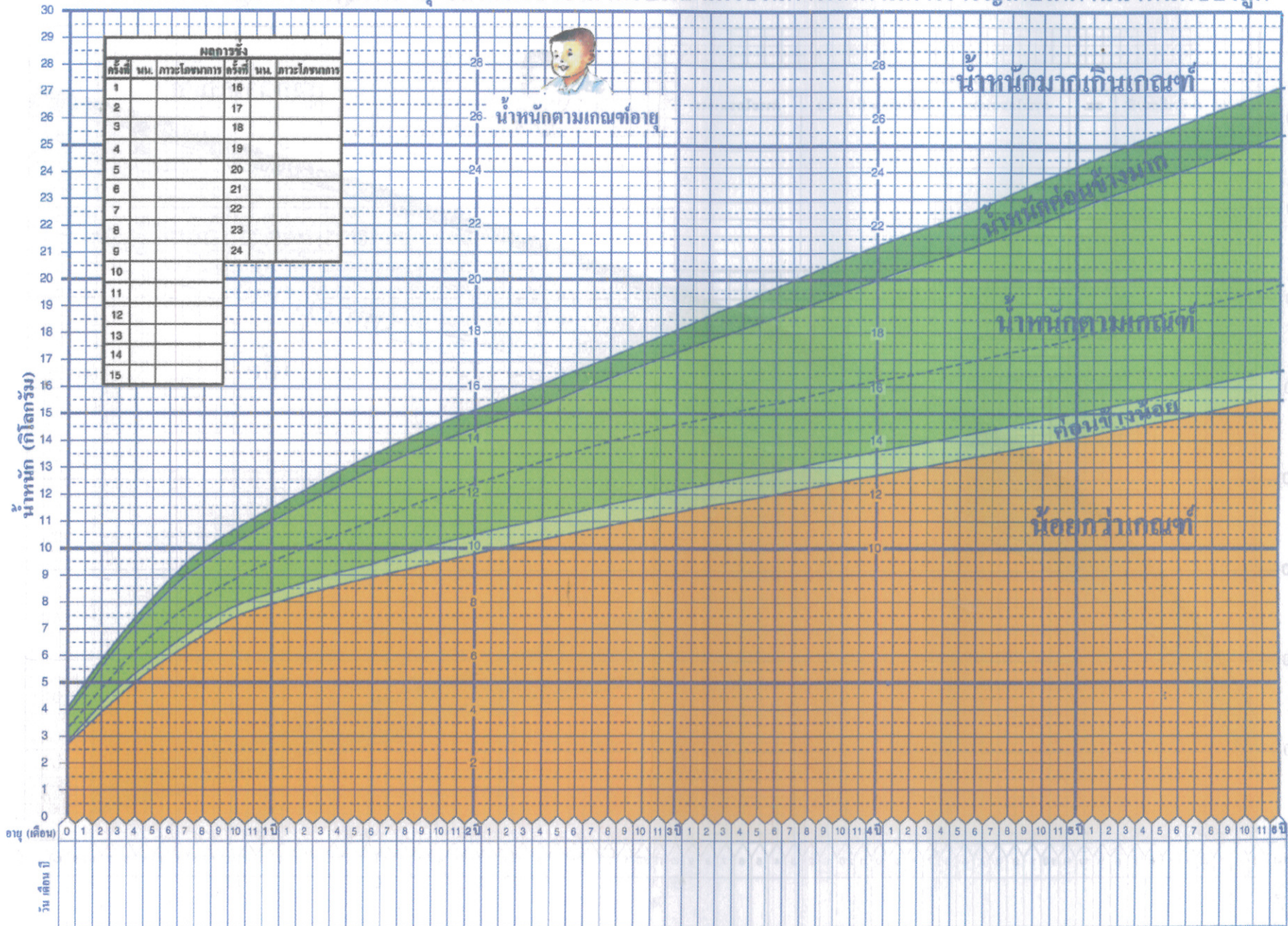
ที่มา: เกณฑ์อ้างอิง น้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประเทศไทย อายุ 1 วัน - 19 ปี กองโภชนาการกรมอนามัย ธันวาคม 2542

คำแนะนำการใช้กราฟแสดงภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก (พ่อ/แม่ หรือผู้ปกครองบันทึกเองได้)

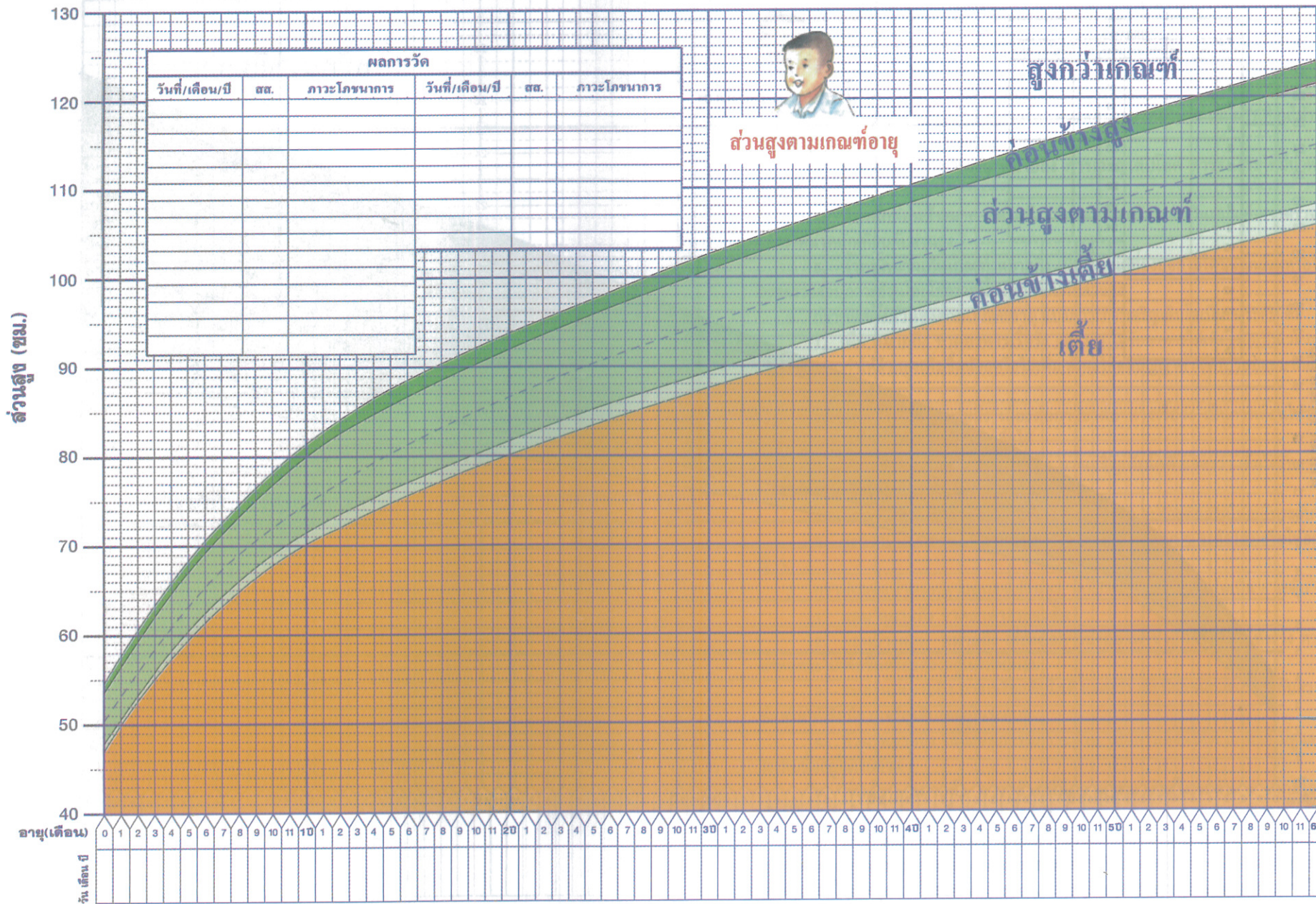
กราฟการเจริญเติบโตของเด็ก ใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักส่วนสูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูแนวโน้มการเจริญเติบโตของเด็กว่าเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่ กราฟมี 3 ประเภท คือ

1. **กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ** แบ่งภาวะการเจริญเติบโตเป็น 5 ระดับคือ
 1. น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ หมายถึง ขาดอาหาร
 2. น้ำหนักค่อนข้างน้อย หมายถึง เสี่ยงต่อการขาดอาหาร เป็นการเตือนให้ระวัง หากไม่ดูแลน้ำหนักลูกจะน้อยกว่าเกณฑ์อายุ
 3. น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ หมายถึง การเจริญเติบโตดี ควรส่งเสริมให้น้ำหนักอยู่ในระดับนี้
 4. น้ำหนักค่อนข้างมาก หมายถึง เสี่ยงต่อน้ำหนักมากเกินไป ควรตรวจสอบโดยใช้กราฟน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง
 5. น้ำหนักมากเกินไป หมายถึง เป็นน้ำหนักที่ยังบอกไม่ได้ว่าเด็กอ้วนหรือไม่ ต้องมีการตรวจสอบภาวะอ้วนโดยใช้กราฟน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง
2. **กราฟแสดงส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ** แบ่งภาวะการเจริญเติบโตเป็น 5 ระดับ คือ
 1. เตี้ย หมายถึง ขาดอาหารเรื้อรัง แสดงว่า ได้รับอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลานาน หรือเจ็บป่วยบ่อย ทำให้ส่วนสูงเพิ่มขึ้นน้อยหรือไม่เพิ่ม ส่งผลให้สติปัญญาต่ำ เจ็บป่วยบ่อยมากยิ่งขึ้น ควรแก้ไขอย่างเร่งด่วน
 2. ค่อนข้างเตี้ย หมายถึง เสี่ยงต่อการขาดอาหารเรื้อรัง เป็นการเตือนให้ระวัง หากไม่ดูแลส่วนสูงจะไม่เพิ่มขึ้น จะเป็นเด็กเตี้ยได้
 3. ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ หมายถึง การเจริญเติบโตดี แสดงว่า เด็กได้รับอาหารเพียงพอจะต้องส่งเสริมให้อยู่ในระดับนี้
 4. ค่อนข้างสูง หมายถึง การเจริญเติบโตดีมาก จะต้องส่งเสริมให้อยู่ในระดับนี้
 5. สูงกว่าเกณฑ์อายุ หมายถึง การเจริญเติบโตดีมาก ๆ จะต้องส่งเสริมให้อยู่ในระดับนี้
3. **กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง** แบ่งภาวะการเจริญเติบโตเป็น 6 ระดับ คือ
 1. ผอม หมายถึง ขาดอาหารระยะสั้น
 2. ค่อนข้างผอม หมายถึง เสี่ยงต่อการขาดอาหาร เป็นการเตือนให้ระวัง หากไม่ดูแลน้ำหนักจะไม่เพิ่มขึ้นหรือลดลงอยู่ในระดับผอม
 3. สมส่วน หมายถึง การเจริญเติบโตดี แสดงว่า เด็กมีน้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง ต้องส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตอยู่ในระดับนี้
 4. ทั่วม หมายถึง เสี่ยงต่อการมีภาวะอ้วน เป็นการเตือนให้ระวัง หากไม่ดูแล น้ำหนักจะเพิ่มขึ้นอยู่ในเริ่มอ้วน
 5. เริ่มอ้วน หมายถึง ภาวะอ้วนที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับ 1 เด็กมีโอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่อ้วนในอนาคต หากไม่ควบคุมน้ำหนัก
 6. อ้วน หมายถึง ภาวะอ้วนที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับ 2 มีน้ำหนักมากเกินไป ไม่เหมาะสมกับส่วนสูงอย่างมาก เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันโนลีสโตส ไขมันในเลือดสูง ไซโกง หูดหยาใจขณะนอนหลับ และเป็นผู้ใหญ่อ้วนมากยิ่งขึ้นในอนาคต หากไม่ควบคุมน้ำหนัก

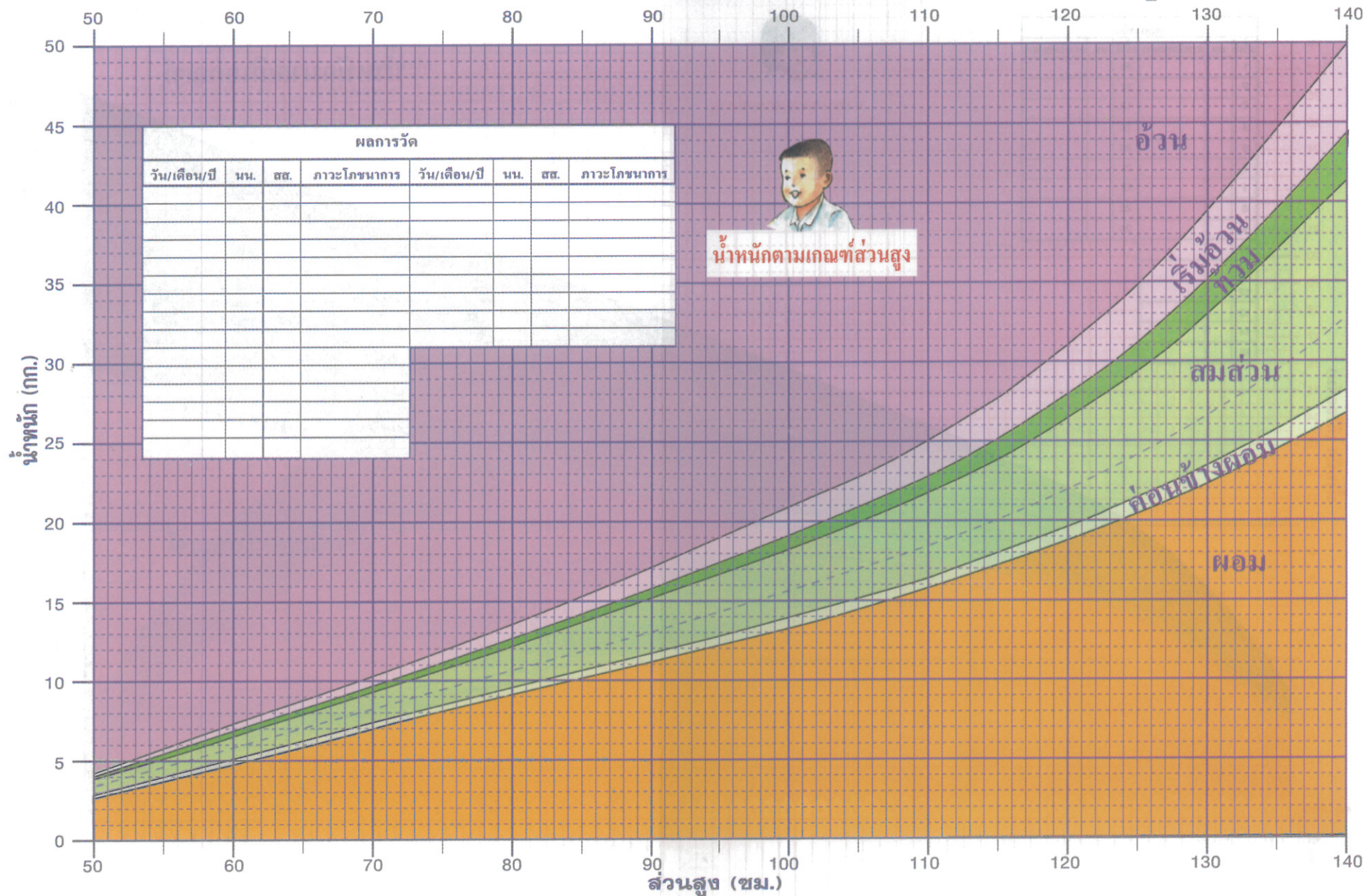
กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ของเพศชาย สำหรับพ่อ-แม่ใช้ในการติดตามการเจริญเติบโตด้านน้ำหนักของลูก



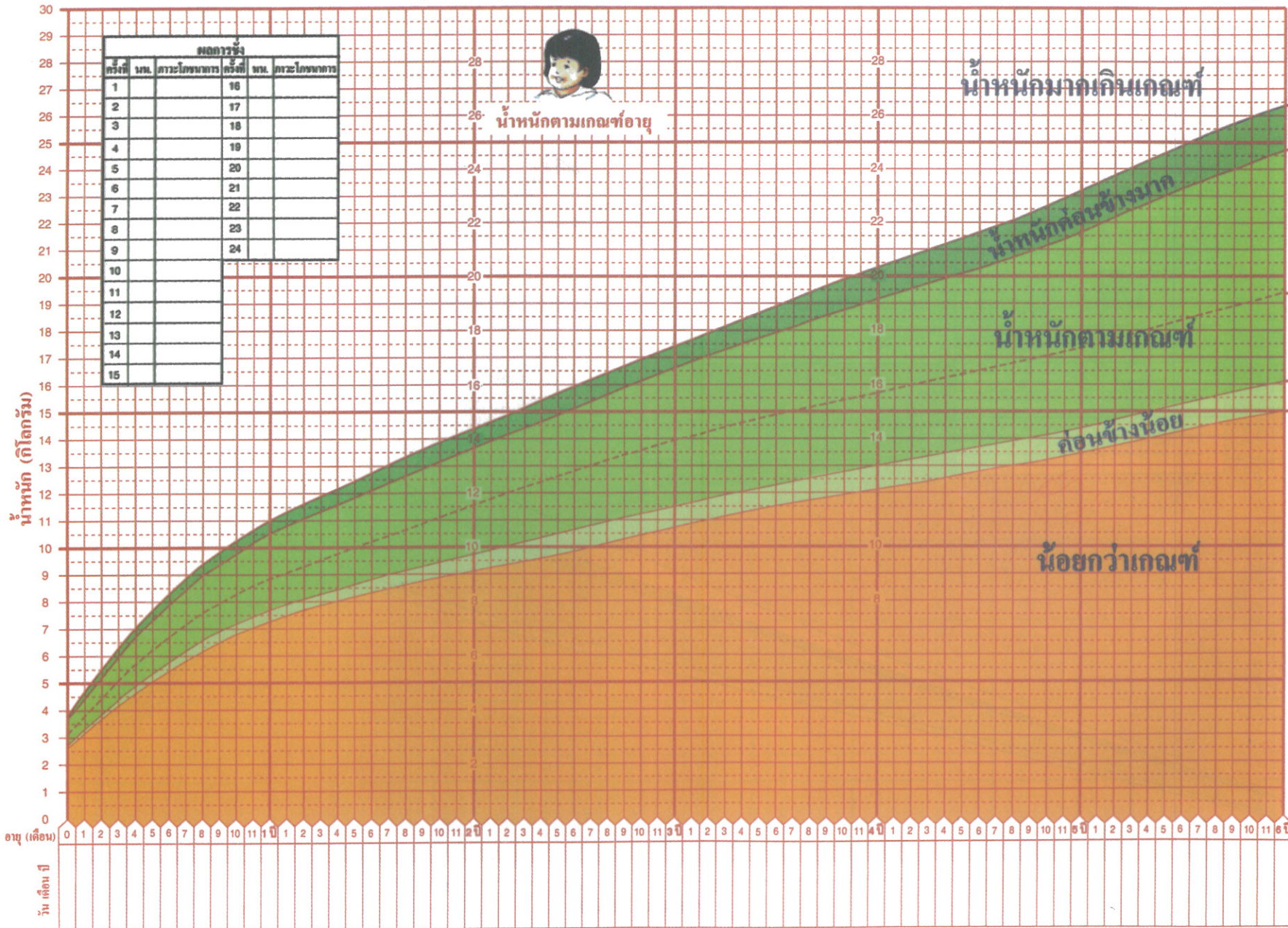
กราฟแสดงส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของ **เพศชาย**
 สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามการเจริญเติบโตด้านส่วนสูงของลูก



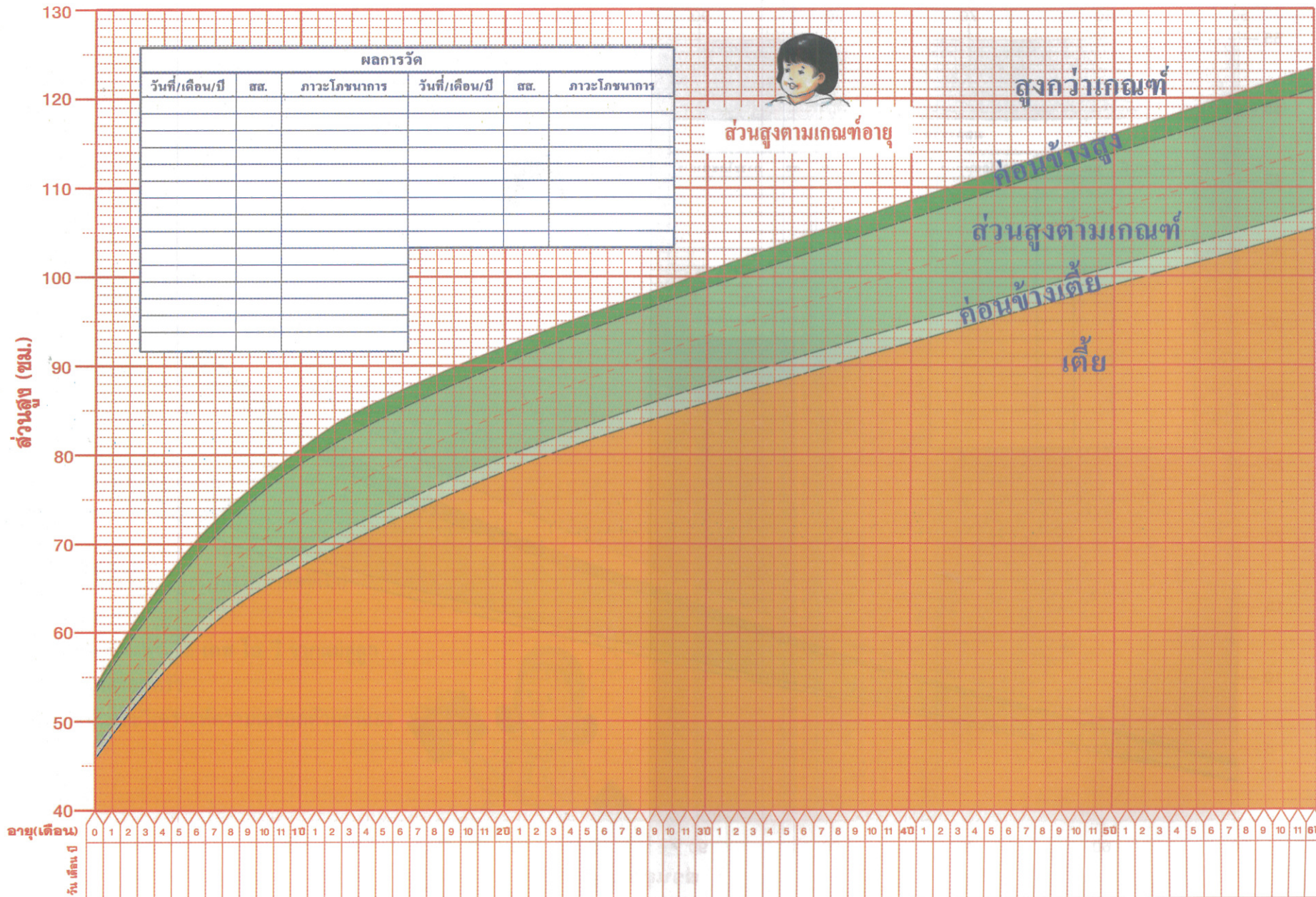
กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของ **เพศชาย** สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามการเจริญเติบโตด้านภาวะอ้วน - ผอม ของลูก



กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ของ **เพศหญิง** สำหรับพ่อ-แม่ใช้ในการติดตามการเจริญเติบโตค่าน้ำหนักของลูก



กราฟแสดงส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของ **เพศหญิง** สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามการเจริญเติบโตด้านส่วนสูงของลูก





ส่วนที่ 3

ความรู้ที่จำเป็นเพื่อการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมีคุณภาพ

- อาการที่รู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์
- ข้อปฏิบัติสำหรับแม่ขณะตั้งครรภ์
- ตารางน้ำหนักขั้นต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่จะให้บุตรน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัม (VALLOP WEIGHT LOG)
- การดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์โดยใช้เส้นทางลูกรัก
- ตารางแสดงน้ำหนักขั้นต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่จะให้บุตรน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม
- ประโยชน์ของกราฟ
- กราฟโภชนาการหญิงมีครรภ์
- โภชนาการหญิงมีครรภ์ ตารางเปรียบเทียบร้อยละค่ามาตรฐานครรภ์ที่มีมวลกาย (BMI 21=100)
- ภาพชุดอาหารทดแทนสำหรับหญิงตั้งครรภ์
- พัฒนาการของทารกในครรภ์
- โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย
- โอกาสเสี่ยงของการมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมีย
- โรคเอ๋อ คือ อะไร
- การป้องกันการแพร่เชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก
- การวางแผนครอบครัว
- แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง



อาการที่รู้สึกไม่สบายในระหว่างตั้งครรภ์

แพ้ท้อง ส่วนมากจะพบเมื่อตั้งครรภ์อ่อนๆ โดยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมักเป็นตอนเช้า แก้ไขโดยให้ปรับสภาพจิตใจ หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ชอบและรับประทานอาหารครั้งละไม่มาก แต่เพิ่มความถี่หรือจำนวนครั้งขึ้น หรือรับประทานอาหารอ่อนและเครื่องดื่มอ่อนๆ ซึ่งเมื่ออายุครรภ์ได้ 4 เดือนก็จะหายแพ้

ตกขาว ส่วนมากจะพบมีตกขาวเพิ่มมากขึ้นขณะตั้งครรภ์ให้อาบน้ำตามปกติ ยกเว้นถ้าคันหรือมีกลิ่นผิดปกติต้องพบแพทย์

ท้องผูก พบได้ในบางคน แก้ไขโดยดื่มน้ำและรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น ถ้าไม่หายต้องพบแพทย์

ปัสสาวะบ่อย เกิดจากมดลูกขยายใหญ่ขึ้นไปกดกระเพาะปัสสาวะ แต่ถ้าปัสสาวะแสบขัดไม่สะดวกต้องมาพบแพทย์

อาการเมื่อยล้าและง่วงนอน พบบ่อยเมื่อตั้งครรภ์เริ่มแรก โดยจะรู้สึกอ่อนเพลียง่วงนอน

เส้นเลือดขด ส่วนมากคลอดแล้วก็จะหาย ควรเปลี่ยนอิริยาบถให้เหมาะสม ไม่เดินหรือยืนทำเดิวนานๆ ควรนั่งหรือนอนยกเท้าสูง หลังจากเดินหรือทำงานวันละประมาณ 15-20 นาที ร่วมกับใช้ผ้ายางรัดขา

ท้องลาย ใช้ครีมทา ลูบเบาๆ ไม่ควรเกา

สีผิวเข้ม ผิวดำ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน พยายามหลีกเลี่ยงแสงแดด เมื่อคลอด สีจะจางลง

อาการแสบลิ้นปี่ เกิดจากกรดในกระเพาะอาหารไหลย้อนไปที่หลอดอาหารและระบบย่อยอาหารทำงานช้า ควรปรึกษาแพทย์เพื่อใช้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร

ข้อปฏิบัติสำหรับแม่ขณะตั้งครรภ์

1. กินอาหารให้ครบ 3 มื้อ ได้แก่ มื้อเช้า มื้อกลางวัน มื้อเย็น และอาหารว่างที่มีประโยชน์วันละ 2-3 มื้อ เช่น นม ผลไม้ หรือ ขนมไทยรสไม่หวานจัด
2. กินอาหารครบ 5 หมู่ ให้มากกว่าปกติ โดยเฉพาะ นม เนื้อสัตว์ ถั่วทุกชนิด รวมทั้งผักใบเขียวและผลไม้ต่างๆ
3. กินยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟเลท วันละ 1 เม็ด ทุกวัน
4. ต้องฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบชุด 2 ครั้ง
5. แปร่งฟันให้ถูกวิธี หลังอาหารและก่อนนอน ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์
6. พบหมอฟันหรือตรวจฟันกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย 1 ครั้ง
7. หากมีอาการต่อไปนี้ ต้องรีบไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที

<input type="radio"/> ไข้สูง	<input type="radio"/> แพ้ท้องมากกว่าปกติ
<input type="radio"/> วิตกกังวล หรือซึมเศร้า	<input type="radio"/> ปวดท้องหรือแน่นท้องมาก
<input type="radio"/> ปัสสาวะขัด	<input type="radio"/> ตกขาวร่วมกับคันหรือมีกลิ่น
<input type="radio"/> เวียนศีรษะอ่อนเพลียมาก	<input type="radio"/> หลังเท้าบวม
<input type="radio"/> ลูกในท้องดิ้นน้อยลง	<input type="radio"/> มีน้ำออกทางช่องคลอด
8. การฝากท้อง

ครั้งที่ 1	ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์
ครั้งที่ 2	เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์
ครั้งที่ 3	เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์
ครั้งที่ 4	เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์
ครั้งที่ 5	เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์
9. การออกกำลังกายทำได้แต่ไม่ให้เหนื่อยเกินไปสามารถทำงานบ้านทั่วไปได้แต่ควรรงงานหนัก
10. มาตรวจหลังคลอด เมื่อ 6 สัปดาห์
11. แม่ควรทำจิตใจให้สบาย รู้สึกผ่อนคลายขณะตั้งครรภ์ เพื่อลูกที่เกิดมาจะได้เลี้ยงง่าย การใกล้ชิดเอาใจใส่ ของพ่อ จะช่วยให้แม่มีจิตใจเบิกบานแจ่มใสมากยิ่งขึ้น



ตารางน้ำหนักขึ้นต่ำของหญิงตั้งครรภ์ ที่จะให้บุตรน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัม (VALLOP WEIGHT LOG)

วัตถุประสงค์

ใช้เฝ้าระวังติดตามน้ำหนักแม่ตามอายุครรภ์ เพื่อให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 2,500 กรัม

คำชี้แจง (หน้า 61-62)

ตัวเลขแถวตั้งด้านซ้ายมือและด้านขวา แสดงอายุครรภ์ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 12-40
ตัวเลขแถวนอนด้านบน แสดงส่วนสูง ตั้งแต่ 140 - 170 เซนติเมตร
ตัวเลขภายในกรอบ ที่ตรงกับส่วนสูงแต่ละแถว แสดงน้ำหนักเป็นกิโลกรัม

วิธีใช้ตาราง

1. ใช้ไม้บรรทัดหาตรงตำแหน่งส่วนสูงของหญิงตั้งครรภ์ แล้วใส่ดูน้ำหนักให้ตรงกับอายุครรภ์ โดยเริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ที่ 12 ถึง 38 สัปดาห์ ทำเครื่องหมายไว้
2. น้ำหนักที่ได้แต่ละอายุครรภ์ นำไปบันทึกในเส้นทางลูกรัก ช่องนัดตรวจวันที่ “ลูกแข็งแรง น้ำหนักดี แม่ต้องมีน้ำหนัก.....กิโลกรัม” ให้ตรงกับอายุครรภ์ (หรือใกล้เคียง) ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกจนถึง 38 สัปดาห์
3. เปรียบเทียบน้ำหนักที่ชั่งได้จริง ณ วันตรวจกับน้ำหนักขั้นต่ำที่ได้จากตารางน้ำหนัก ถ้าน้ำหนักหญิงตั้งครรภ์เท่ากับหรือมากกว่า น้ำหนักที่บันทึกในเส้นทางลูกรัก แสดงว่าลูกของท่านมีโอกาส น้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม ขึ้นไป



น้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม ลูกแข็งแรง

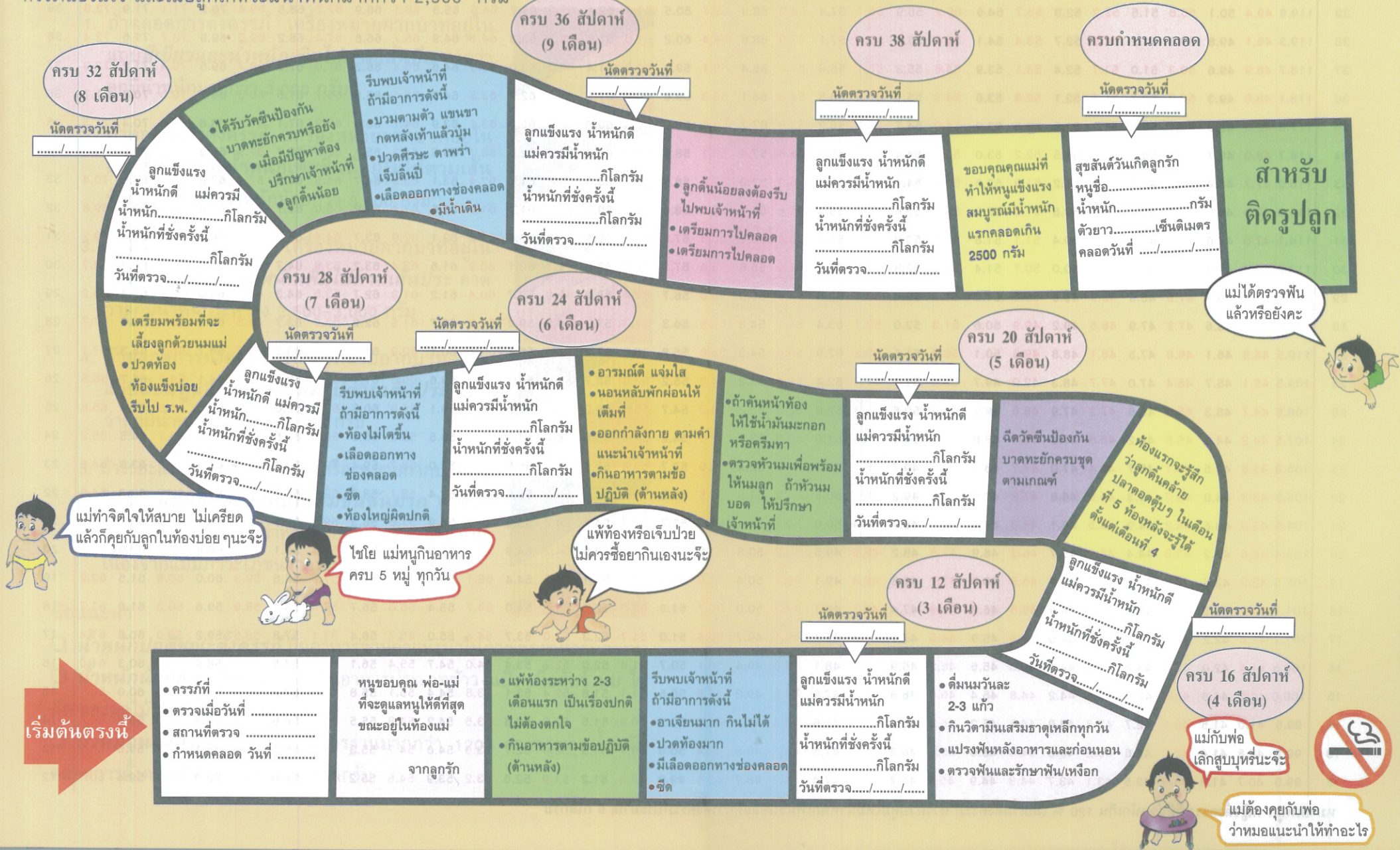
การดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์โดยใช้น้ำหนักลูก

เส้นทางลูกรักนี้ หญิงตั้งครรภ์ใช้ดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ จนถึงวันคลอด การปฏิบัติตามคำแนะนำในเส้นทางลูกรักทุกขั้นตอน จะทำให้สุขภาพคุณแม่และลูกในครรภ์แข็งแรง และเมื่อลูกเกิดจะมีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม



แนวคิดและงานศิลป์โดย : ทวีศักดิ์ เสวตเสรีน
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อ - สกุล มารดา.....
ชื่อ - สกุล บิดา.....
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อบ้าน.....
อำเภอ..... จังหวัด.....



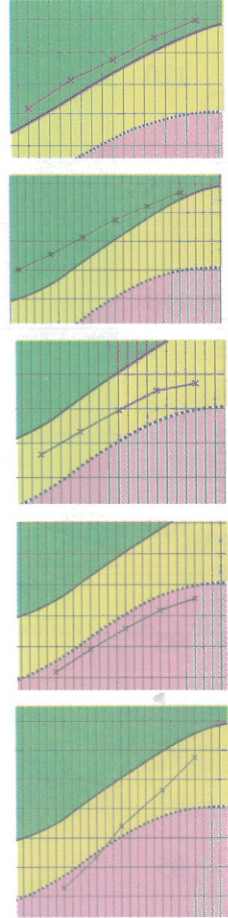
ตารางแสดงน้ำหนักขั้นต่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่จะให้บุตรน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม

สัปดาห์	ส่วนสูง																												สัปดาห์				
	ส่วนสูง 140	ส่วนสูง 141	ส่วนสูง 142	ส่วนสูง 143	ส่วนสูง 144	ส่วนสูง 145	ส่วนสูง 146	ส่วนสูง 147	ส่วนสูง 148	ส่วนสูง 149	ส่วนสูง 150	ส่วนสูง 151	ส่วนสูง 152	ส่วนสูง 153	ส่วนสูง 154	ส่วนสูง 155	ส่วนสูง 156	ส่วนสูง 157	ส่วนสูง 158	ส่วนสูง 159	ส่วนสูง 160	ส่วนสูง 161	ส่วนสูง 162	ส่วนสูง 163	ส่วนสูง 164	ส่วนสูง 165	ส่วนสูง 166	ส่วนสูง 167		ส่วนสูง 168	ส่วนสูง 169	ส่วนสูง 170	
40	120.0	49.4	50.1	50.8	51.5	52.3	53.0	53.7	54.5	55.2	55.9	56.7	57.5	58.2	59.0	59.8	60.5	61.3	62.1	62.9	63.7	64.5	65.3	66.1	67.0	67.8	68.6	69.4	70.3	71.1	72.0	72.8	40
39	119.9	49.4	50.1	50.8	51.5	52.2	52.9	53.7	54.5	55.2	55.9	56.7	57.4	58.2	58.9	59.7	60.5	61.3	62.1	62.9	63.7	64.5	65.3	66.1	66.9	67.7	68.5	69.4	70.2	71.1	71.9	72.8	39
38	119.3	49.1	49.8	50.5	51.2	51.9	52.7	53.4	54.1	54.9	55.6	56.4	57.1	57.9	58.6	59.4	60.2	61.0	61.8	62.5	63.3	64.1	64.9	65.7	66.6	67.4	68.2	69.0	69.9	70.7	71.6	72.4	38
37	118.7	48.9	49.6	50.3	51.0	51.7	52.4	53.1	53.9	54.6	55.3	56.1	56.8	57.6	58.4	59.1	59.9	60.7	61.4	62.2	63.0	63.8	64.6	65.4	66.2	67.0	67.9	68.7	69.5	70.4	71.2	72.0	37
36	118.1	48.6	49.3	50.0	50.7	51.4	52.1	52.9	53.6	54.3	55.1	55.8	56.5	57.3	58.1	58.8	59.6	60.4	61.1	61.9	62.7	63.5	64.3	65.1	65.9	66.7	67.5	68.3	69.2	70.0	70.8	71.7	36
35	117.4	48.3	49.0	49.7	50.4	51.1	51.8	52.6	53.3	54.0	54.7	55.5	56.2	57.0	57.7	58.5	59.2	60.0	60.8	61.5	62.3	63.1	63.9	64.7	65.5	66.3	67.1	67.9	68.8	69.6	70.4	71.3	35
34	116.7	48.0	48.7	49.4	50.1	50.8	51.5	52.2	53.0	53.7	54.4	55.1	55.9	56.6	57.4	58.1	58.9	59.6	60.4	61.2	62.0	62.7	63.5	64.3	65.1	65.9	66.7	67.5	68.3	69.2	70.0	70.8	34
33	116.0	47.7	48.4	49.1	49.8	50.5	51.2	51.9	52.6	53.4	54.1	54.8	55.5	56.3	57.0	57.8	58.5	59.3	60.0	60.8	61.6	62.4	63.1	63.9	64.7	65.5	66.3	67.1	67.9	68.8	69.6	70.4	33
32	115.0	47.3	48.0	48.7	49.4	50.1	50.8	51.5	52.2	52.9	53.6	54.3	55.1	55.8	56.5	57.3	58.0	58.8	59.5	60.3	61.1	61.8	62.6	63.4	64.2	65.0	65.7	66.5	67.4	68.2	69.0	69.8	32
31	114.1	47.0	47.6	48.3	49.0	49.7	50.4	51.1	51.8	52.5	53.2	53.9	54.6	55.4	56.1	56.8	57.6	58.3	59.1	59.8	60.6	61.3	62.1	62.9	63.7	64.4	65.2	66.0	66.8	67.6	68.4	69.2	31
30	113.2	46.6	47.3	47.9	48.6	49.3	50.0	50.7	51.4	52.1	52.8	53.5	54.2	54.9	55.6	56.4	57.1	57.9	58.6	59.3	60.1	60.9	61.6	62.4	63.2	63.9	64.7	65.5	66.3	67.1	67.9	68.7	30
29	112.4	46.3	46.9	47.6	48.3	48.9	49.6	50.3	51.0	51.7	52.4	53.1	53.8	54.5	55.3	56.0	56.7	57.4	58.2	58.9	59.7	60.4	61.2	61.9	62.7	63.5	64.3	65.0	65.8	66.6	67.4	68.2	29
28	111.5	45.9	46.6	47.2	47.9	48.6	49.2	49.9	50.6	51.3	52.0	52.7	53.4	54.1	54.8	55.5	56.3	57.0	57.7	58.5	59.2	59.9	60.7	61.5	62.2	63.0	63.7	64.5	65.3	66.1	66.9	67.7	28
27	110.5	45.5	46.1	46.8	47.5	48.1	48.8	49.5	50.1	50.8	51.5	52.2	52.9	53.6	54.3	55.0	55.8	56.5	57.2	57.9	58.7	59.4	60.1	60.9	61.7	62.4	63.2	63.9	64.7	65.5	66.3	67.1	27
26	109.5	45.1	45.7	46.4	47.0	47.7	48.3	49.0	49.7	50.4	51.1	51.7	52.4	53.1	53.8	54.5	55.2	56.0	56.7	57.4	58.1	58.9	59.6	60.3	61.1	61.8	62.6	63.4	64.1	64.9	65.7	66.5	26
25	108.5	44.7	45.3	45.9	46.6	47.2	47.9	48.6	49.2	49.9	50.6	51.3	52.0	52.6	53.3	54.0	54.7	55.4	56.2	56.9	57.6	58.3	59.1	59.8	60.5	61.3	62.0	62.8	63.5	64.3	65.1	65.8	25
24	107.5	44.2	44.9	45.5	46.2	46.8	47.5	48.1	48.8	49.4	50.1	50.8	51.5	52.2	52.8	53.5	54.2	54.9	55.6	56.4	57.1	57.8	58.5	59.2	60.0	60.7	61.5	62.2	63.0	63.7	64.5	65.2	24
23	106.3	43.8	44.5	45.1	45.7	46.4	47.0	47.7	48.3	49.0	49.7	50.3	51.0	51.7	52.4	53.0	53.7	54.4	55.1	55.8	56.5	57.3	58.0	58.7	59.4	60.2	60.9	61.6	62.4	63.1	63.9	64.6	23
22	105.5	43.4	44.0	44.7	45.3	45.9	46.6	47.2	47.9	48.5	49.2	49.8	50.5	51.2	51.9	52.5	53.2	53.9	54.6	55.3	56.0	56.7	57.4	58.1	58.9	59.6	60.3	61.1	61.8	62.5	63.3	64.0	22
21	104.5	43.0	43.6	44.2	44.9	45.5	46.1	46.8	47.4	48.1	48.7	49.4	50.0	50.7	51.4	52.0	52.7	53.4	54.1	54.8	55.5	56.2	56.9	57.6	58.3	59.0	59.7	60.5	61.2	61.9	62.7	63.4	21
20	103.4	42.6	43.2	43.8	44.4	45.0	45.7	46.3	46.9	47.6	48.2	48.9	49.5	50.2	50.8	51.5	52.2	52.8	53.5	54.2	54.9	55.6	56.3	57.0	57.7	58.4	59.1	59.8	60.6	61.3	62.0	62.8	20
19	102.5	42.2	42.8	43.4	44.0	44.6	45.3	45.9	46.5	47.1	47.8	48.4	49.1	49.7	50.4	51.0	51.7	52.4	53.1	53.7	54.4	55.1	55.8	56.5	57.2	57.9	58.6	59.3	60.0	60.8	61.5	62.2	19
18	101.7	41.9	42.5	43.1	43.7	44.3	44.9	45.5	46.2	46.8	47.4	48.1	48.7	49.3	50.0	50.7	51.3	52.0	52.6	53.3	54.0	54.7	55.4	56.0	56.7	57.4	58.1	58.9	59.6	60.3	61.0	61.7	18
17	101.1	41.6	42.2	42.8	43.4	44.0	44.6	45.3	45.9	46.5	47.1	47.8	48.4	49.1	49.7	50.4	51.0	51.7	52.3	53.0	53.7	54.4	55.0	55.7	56.4	57.1	57.8	58.5	59.2	59.9	60.6	61.4	17
16	100.5	41.4	42.0	42.6	43.2	43.8	44.4	45.0	45.6	46.2	46.9	47.5	48.1	48.8	49.4	50.1	50.7	51.4	52.0	52.7	53.4	54.0	54.7	55.4	56.1	56.8	57.5	58.2	58.9	59.6	60.3	61.0	16
15	100.0	41.2	41.8	42.3	42.9	43.5	44.2	44.8	45.4	46.0	46.6	47.3	47.9	48.5	49.2	49.8	50.5	51.1	51.8	52.4	53.1	53.8	54.4	55.1	55.8	56.5	57.2	57.9	58.6	59.3	60.0	60.7	15
14	99.5	41.0	41.5	42.1	42.7	43.3	43.9	44.5	45.2	45.8	46.4	47.0	47.6	48.3	48.9	49.6	50.2	50.9	51.5	52.2	52.8	53.5	54.2	54.8	55.5	56.2	56.9	57.6	58.3	59.0	59.7	60.4	14
13	99.2	40.8	41.4	42.0	42.6	43.2	43.8	44.4	45.0	45.6	46.2	46.9	47.5	48.1	48.8	49.4	50.0	50.7	51.3	52.0	52.7	53.3	54.0	54.7	55.3	56.0	56.7	57.4	58.1	58.8	59.5	60.2	13
12	99.0	40.7	41.3	41.9	42.5	43.1	43.7	44.3	44.9	45.5	46.2	46.8	47.4	48.0	48.7	49.3	49.9	50.6	51.2	51.9	52.6	53.2	53.9	54.6	55.2	55.9	56.6	57.3	58.0	58.7	59.4	60.1	12

หมายเหตุ : หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกิน 120 % เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ ควรควบคุมให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ประมาณ 9 กิโลกรัม

ประโยชน์ของกราฟ แม่ใช้ในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ เพื่อติดตามดูแล
แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของแม่ขณะตั้งครรภ์
การแปลผล ลูกเกิดมาจะได้มีน้ำหนักระหว่าง 3,000 - 3,900 กรัม

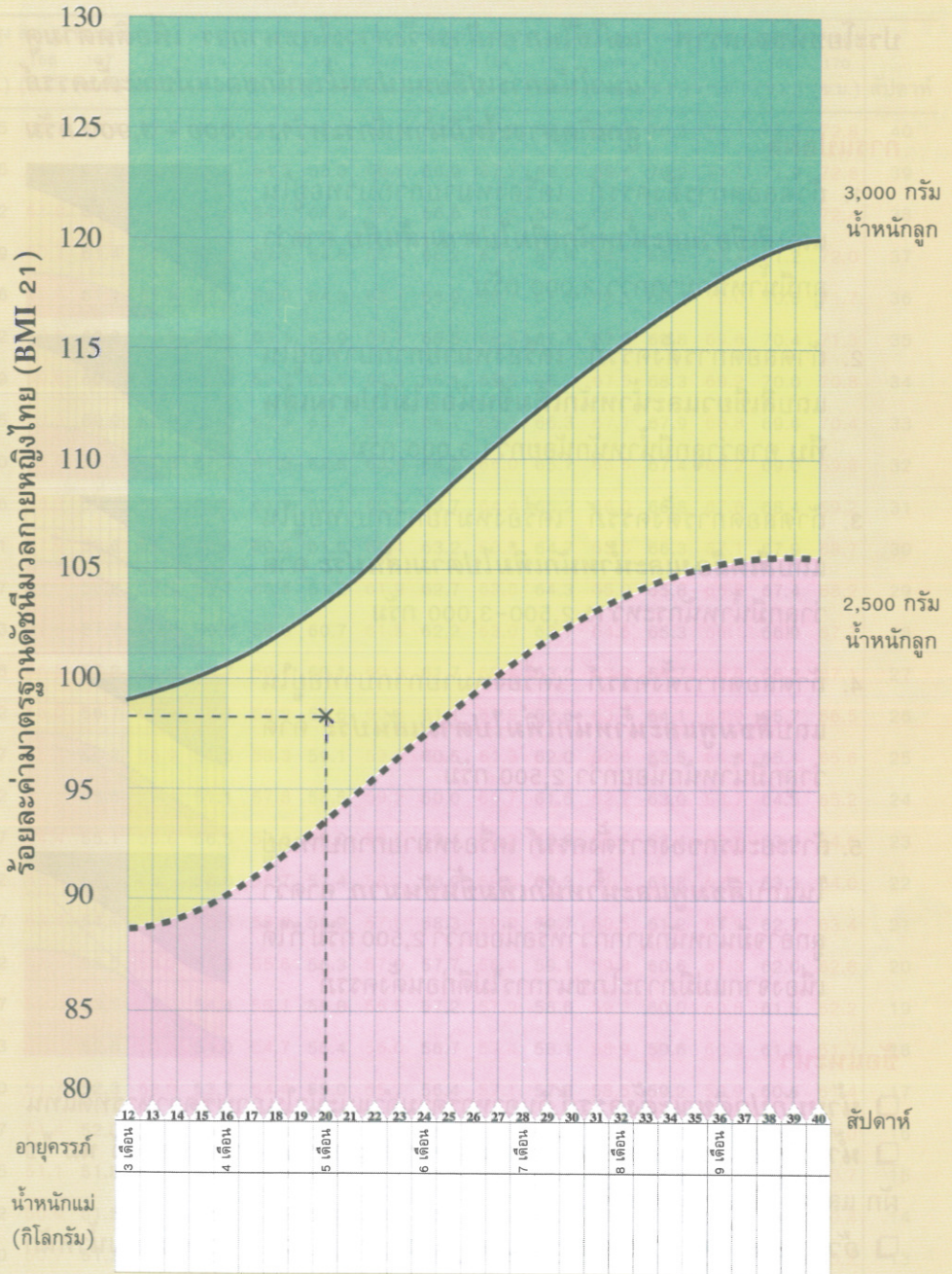
1. ถ้าตลอดการตั้งครรภ์ เครื่องหมายกากบาทอยู่ในแถบสีเขียวและน้ำหนักเพิ่มไปตามเส้นทึบ คาดว่าลูกมีน้ำหนักมากกว่า 3,000 กรัม
2. ถ้าตลอดการตั้งครรภ์ เครื่องหมายกากบาทอยู่ในแถบสีเขียวและน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยไม่ไปตามเส้นทึบ คาดว่าลูกมีน้ำหนักน้อยกว่า 3,000 กรัม
3. ถ้าตลอดการตั้งครรภ์ เครื่องหมายกากบาทอยู่ในแถบสีเหลืองและน้ำหนักเพิ่มไปตามเส้นประ คาดว่าลูกมีน้ำหนักระหว่าง 2,500-3,000 กรัม
4. ถ้าตลอดการตั้งครรภ์ เครื่องหมายกากบาทอยู่ในแถบสีชมพูและน้ำหนักเพิ่มไปตามเส้นประ คาดว่าลูกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
5. ถ้าระยะแรกของการตั้งครรภ์ เครื่องหมายกากบาทอยู่ในแถบสีชมพูและน้ำหนักเพิ่มขึ้นชันมาก คาดว่าลูกอาจมีน้ำหนักมากกว่าหรือน้อยกว่า 2,500 กรัม ก็ได้ เนื่องจากแม่มีภาวะโภชนาการไม่ดีก่อนตั้งครรภ์



ข้อแนะนำ

- น้ำหนักปกติขณะตั้งครรภ์** กินอาหารตามคำแนะนำในภาพชุดอาหารทดแทน
- น้ำหนักน้อยขณะตั้งครรภ์** ควรกินอาหารประเภทข้าว-แป้ง เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก และผลไม้ มากขึ้นกว่าเดิม
- อ้วนก่อนตั้งครรภ์** (ร้อยละค่ามาตรฐานมากกว่า 120) ควรควบคุมน้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์ให้อยู่ประมาณ 9 กิโลกรัม

กราฟิกษณาการหญิงมีครรภ์ (VALLOP CURVE)



ใช้กราฟนี้บันทึกค่า ดัชนีมวลกาย

ข้อปฏิบัติ การกินอาหาร ของหญิงตั้งครรภ์

- กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่มากขึ้นกว่าเดิม
 - ข้าว สลับอาหารแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน
 - นม ไข่ เนื้อสัตว์ทุกชนิด เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล ถั่วเมล็ดแห้ง
 - ผักทุกชนิด โดยเฉพาะผักใบเขียว
 - ผลไม้ตามฤดูกาล
 - น้ำมันพืช หรือน้ำมันกระเทียม
- กินอาหารที่สะอาด ไม่กินอาหารรสจัด และอาหารหมักดอง
- งดดื่มสุรา ชา กาแฟ และงดสูบบุหรี่

ภาพชุดอาหารทดแทน สำหรับหญิงตั้งครรภ์

หมวดอาหาร ปริมาณต่อวัน	อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์			อาหารทดแทน			
	เช้า	กลางวัน	เย็น				
ข้าว-แป้ง 9 ทัพพี	 ข้าว 3 ทัพพี	 ข้าว 3 ทัพพี	 ข้าว 3 ทัพพี	 ข้าวเหนียว 1 ทัพพีครึ่ง	 ก๋วยเตี๋ยว 3 ทัพพี	 ขนมจีน 3 ทัพพี	 บะหมี่เหลือง 3 ทัพพี
ผัก 6 ทัพพี	 ถั่วงอก 2 ทัพพี	 ตำลึง 2 ทัพพี	 ฟักทอง 2 ทัพพี	 บวบ 2 ทัพพี	 กวางตุ้ง 2 ทัพพี	 ถั่วงอก 2 ทัพพี	 ผักบุ้ง 2 ทัพพี
ผลไม้ 6 ส่วน*	 ส้มประด 12 ชิ้น	 กล้วยน้ำว้า 2 ผล	 ส้ม 2 ผล	 มะละกอ 12 ชิ้น	 ฝรั่ง 1 ผล	 ชมพู 4 ผล	 มะม่วงสุก 1 ผล
เนื้อสัตว์ 12 ช้อนกินข้าว	 ไข่ไก่ 1 ฟอง	 เนื้อไก่ 2 ช้อนกินข้าว	 ตับ 2 ช้อนกินข้าว	 ปลากระป๋อง 2 ช้อนกินข้าว	 เนื้อวัว 2 ช้อนกินข้าว	 ถัวยั่วต้ม 2 ช้อนกินข้าว	 เต้าหู้แข็ง 2 ช้อนกินข้าว
	 เนื้อหมู 2 ช้อนกินข้าว	 ปลาทู 2 ช้อนกินข้าว	 ปลาเล็กปลาน้อย 2 ช้อนกินข้าว	 หอยแมลงภู่ 2 ช้อนกินข้าว	 ปลา 2 ช้อนกินข้าว	 ถัวยั่วต้ม 2 ช้อนกินข้าว	 เต้าหู้อ่อน 2 ช้อนกินข้าว
นม 3 แก้ว	 นมสดรสจืด 1 กล่อง	 นมสดรสจืด 1 กล่อง	 นมสดรสจืด 1 กล่อง	 นมผง 3 ช้อนโต๊ะ	 นมถั่วเหลือง 1 แก้ว	 นมสด 1 ถ้วย	 นมสด 1 กระป๋อง
น้ำมัน 5 ช้อนชา	 น้ำมันพืช 1 ช้อนชา	 น้ำมันพืช 2 ช้อนชา	 น้ำมันพืช 2 ช้อนชา	 น้ำมันจากสัตว์ 1 ช้อนชา	 หัวกะทิ 1 ช้อนโต๊ะ	 เนยเทียม 1 ช้อนชา	 เนยสด 1 ช้อนชา

*ส่วน หมายถึง หน่วยที่นับปริมาณผลไม้ ผลไม้ 1 ส่วน เท่ากับ กล้วยน้ำว้า 1 ผล หรือ กล้วยหอม ครึ่งผล หรือส้มเขียวหวาน 2 ผลกลาง หรือเงาะ 4 ผล หรือ ฝรั่งครึ่งผลกลาง ถ้าเป็นผลไม้ใหญ่ ได้แก่ มะละกอ ส้มประด ประมาณ 6 หรือ 8 คำ

การใช้ภาพชุด อาหารทดแทน สำหรับหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ควรกินอาหารให้เหมาะสม ทั้งชนิดและปริมาณทุกวัน ภาพชุดอาหารทดแทนหมายถึงอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ที่แสดงชนิดอาหาร ที่มีคุณภาพและปริมาณที่เหมาะสม สำหรับกินอาหารใน 1 วัน ทั้ง 3 มื้อ และอาหารอื่นในกลุ่มเดียวกันให้เลือกเปลี่ยนตามความต้องการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ซึ่งแนะนำดังนี้

- กินอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกมื้อให้ครบทุกกลุ่มอาหาร (กรอบด้านซ้ายสีชมพู) ช่องแนวตั้งช่องละ 1 มื้อ
- ถ้าต้องการกินอาหารอื่นให้เลือกอาหารทดแทน (กรอบด้านขวา สีฟ้า) ในกลุ่มอาหารเดียวกับช่องใดช่องหนึ่งทดแทนได้

ภาพชุดอาหารทดแทนนี้เป็นเพียงแนวทางการกินอาหารให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพใน 1 วัน หญิงตั้งครรภ์อาจเลือกอาหารท้องถิ่น ในแต่ละกลุ่มทดแทนได้

พัฒนาการของการกบในครรภ์

- เดือนที่ 1** เป็นตัวอ่อน รูปร่างคล้ายกุ้ง ซึ่งอยู่ในช่วงเริ่มพัฒนาอวัยวะสำคัญทั้งหมด
- เดือนที่ 2** อวัยวะสำคัญๆ เริ่มปรากฏโดยหัวใจเป็นโครงสร้างที่สำคัญ ซึ่งจะเต้นแรงและเร็ว ศีรษะจะมีขนาดใหญ่กว่าส่วนอื่นของร่างกาย ยาว 4 เซนติเมตร
- เดือนที่ 3** อวัยวะสำคัญทั้งหมดสร้างเรียบร้อยแล้ว แยกเพศชาย หญิง ชัดเจน มีความยาวประมาณ 9 เซนติเมตร หนัก 15 กรัม
- เดือนที่ 4** ขาและแขนมีความยาวเท่ากัน ผิวโปร่งใส เห็นเส้นเลือดชัดเจน กลืนน้ำคร่ำได้ หูเริ่มได้ยินเสียงแม่และเสียงหัวใจแม่ ยาว 16 เซนติเมตร
- เดือนที่ 5** เริ่มมีขนอ่อนๆ ตามตัว และมีผมบางๆ ระบบประสาทสมบูรณ์ เริ่มสร้างภูมิคุ้มกันโรค ยาว 16 เซนติเมตร หนัก 500 กรัม
- เดือนที่ 6** ลูกตื่นแรงมากขึ้น มีกล้ามเนื้อสมบูรณ์ ความยาวขาได้สัดส่วน จำเสียงพ่อ-แม่ได้ ลำตัวยาว 30 เซนติเมตร น้ำหนักประมาณ 600 กรัม
- เดือนที่ 7** ระบบประสาทพัฒนาอย่างรวดเร็ว ถ้ามีเสียงดังลูกจะเตะ และตื่นแรง ยาวประมาณ 35 เซนติเมตร น้ำหนัก 1,000 - 1,200 กรัม
- เดือนที่ 8** น้ำหนักประมาณ 2,500 กรัม ตัวเป็นสีชมพู รับรู้ความมืดและความสว่างได้ ลืมตามองสิ่งต่างๆ ในน้ำคร่ำได้ ยาว 40-45 เซนติเมตร หนัก 2,000 กรัม
- เดือนที่ 9** ลูกพร้อมที่จะคลอดแล้ว ปอดและผิวหนังสมบูรณ์ เตรียมพร้อมที่จะหายใจครั้งแรก ศีรษะจะเคลื่อนต่ำลงสู่ช่องทางคลอด ยาว 45-50 เซนติเมตร



13 สัปดาห์ (91 วัน)



17 สัปดาห์ (119 วัน)



21 สัปดาห์ (147 วัน)



35 สัปดาห์ (245 วัน)

โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย

คือ โรคชนิดหนึ่งที่เกิดจากเม็ดเลือดแดงผิดปกติ โดยการถ่ายทอดจากพ่อ แม่ ทางกรรมพันธุ์

ธาลัสซีเมีย มี 2 แบบ

1. พาหะ ไม่แสดงอาการของโรค สุขภาพแข็งแรง ร่างกายปกติ แต่มีความผิดปกติของเม็ดเลือด สามารถถ่ายทอดไปยังลูกหลานได้

2. เป็นโรค แสดงอาการของโรค เช่น ซีดเหลือง ท้องโตเพราะม้าม ตับโต ผิวหนังคล้ำ ตัวเล็กผิดปกติ และต้องเข้ารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ สามารถถ่ายทอดไปยังลูกหลานได้



ชนิดของผู้เป็นโรคธาลัสซีเมีย

มี 3 ชนิด

- **ชนิดรุนแรงที่สุด** ทารกตายตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือหลังคลอด

- **ชนิดรุนแรง** แรกเกิดจะไม่มีอาการจะสังเกตเห็นชัดเมื่ออายุประมาณ 3-6 เดือน อาการสำคัญคือ ซีด อ่อนเพลีย ท้องป่อง ม้ามตับโต มักซีดมากจนต้องได้รับเลือดเป็นประจำ

- **ชนิดปานกลางและชนิดรุนแรงน้อย**

จะซีดมากขึ้นเมื่อมีไข้



โอกาสเสี่ยงของการมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมีย

ถ้าทั้งพ่อและแม่เป็นพาหะ โอกาสที่ลูกจะเป็นโรคร้อยละ 25 หรือ 1 ใน 4 โอกาสที่ลูกจะเป็นพาหะ เท่ากับ 50% หรือ 2 ใน 4 โอกาสที่จะมีลูกปกติเท่ากับ 25% หรือ 1 ใน 4

บิดาและมารดาเป็นพาหะ



จะรู้ได้อย่างไรว่าลูกในท้องเป็นโรคธาลัสซีเมีย

1. ฝากครรภ์ทันที เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์
2. เข้ารับคำแนะนำและการปรึกษา “ธาลัสซีเมีย” พร้อมสามี จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. หญิงมีครรภ์รับการตรวจเลือด หากผลเลือดผิดปกติ ให้ตาม **สามีตรวจเลือดทันที**
4. หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์และสามีมีโอกาสที่ลูกในท้องเป็นโรคธาลัสซีเมีย ชนิดรุนแรงมากและปานกลาง หญิงมีครรภ์ควรได้รับการตรวจทารกในท้องว่าเป็นโรคหรือไม่

รับบริการ “ตรวจธาลัสซีเมีย” ได้ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลของรัฐ ทุกแห่ง ฟรี

โรคเว็ ตอเว:โร



คือ โรคชนิดหนึ่งที่เป็นมาแต่กำเนิด สาเหตุจากมีความผิดปกติของ รัยรอยด์ฮอร์โมน ทำให้มีโอกาสปัญญาอ่อนหรือสมองทึบ หรือที่ชาวบ้านเรียกว่า “โรคเอ๋อ” เกิดจากหลายสาเหตุ คือ ความผิดปกติของต่อมรัยรอยด์ การขาด สารไอโอดีนของมารดาในระยะตั้งครรภ์ ในประเทศไทยทารกคลอด 2,500 - 3,000 คน จะพบเด็กเป็นโรคนี้ 1 คน

จะรู้ได้อย่างไรว่าเด็กเป็นโรคเอ๋อ? ทารกแรกเกิดจะสังเกตเห็น อาการยากมีวิธีเดียวคือการตรวจเลือดเท่านั้น ถ้าทิ้งไว้อาจพบเพียงว่าเด็กตัว เหลืองหลังคลอดนานกว่าปกติ ซึม หลับมาก ไม่ค่อยดูดนม เลี้ยงง่าย ไม่โยเย ท้องผูก สะดือจุ่น ผิวแห้ง ลิ้นโต ร้องเสียงแหบ

จะป้องกันลูกไม่ให้เป็นโรคเว็! ได้อย่างไร



ตรวจเลือดซ้ำแล้วผลออกมาว่าผิดปกติ คุณหมอบอกว่า “รักษาได้ ยาเม็ดละ 30 สตางค์ไม่แพงเลย” แล้วเด็กก็จะเติบโตเป็นปกติ

ข้อมูลสำคัญที่ควรบอกพยาบาล ที่อยู่ปัจจุบันและเบอร์โทรศัพท์บ้านหรือ มือถือที่ติดต่อสะดวก **ติดต่อได้จริง ๆ**

โรคเอ๋อ? ป้องกันได้ต้องให้เด็ก กินธัญธองธอร์โมนภายใน 1 เดือนหลังคลอด

การป้องกันการแพร่เชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก

การแพร่เชื้อ เอช ไอ วี (เอ็ดส์) เกิดได้ 3 ระยะ

1. ระยะตั้งครรรภ์ ขณะเด็กอยู่ในท้องแม่ เชื้อ เอช ไอ วี (เอ็ดส์) จะผ่านจากแม่ทางรก เข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดลูก
2. ระยะคลอด เนื่องจากเด็กสัมผัสเลือดจำนวนมาก สัมผัสน้ำคร่ำ และสารคัดหลั่ง ในช่องคลอดแม่ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี (เอ็ดส์) ขณะทำคลอด
3. ระยะหลังคลอด จากเด็กที่ได้รับนมแม่ ซึ่งมีเชื้อ เอช ไอ วี (เอ็ดส์)

การป้องกันการแพร่เชื้อ เอช ไอ วี (เอ็ดส์) จากแม่สู่ลูก

1. ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ตลอดระยะตั้งครรรภ์
2. รับประทานยาต้านไวรัส ตามแพทย์สั่ง
3. ลูกที่เกิด ได้รับยาต้านไวรัสตามแพทย์สั่ง
4. งดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
5. ตรวจสอบแพทย์นัดทุกครั้ง



การตรวจเลือดหาเชื้อ เอช ไอ วี (เอ็ดส์) เป็นประโยชน์ต่อแม่และลูก

1. ได้รับคำแนะนำ การปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง
2. รู้วิธีป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อ เอช ไอ วี (เอ็ดส์)
3. ได้บริการที่ถูกต้อง และเหมาะสมตลอดการตั้งครรรภ์ คลอด และหลังคลอด

การวางแผนครอบครัว

คู่สามีภรรยา ควรวางแผนล่วงหน้าจะมีลูกกี่คน มีลูกเมื่อใด และแต่ละคนห่างกันกี่ปี ด้วยการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว หรือแบบถาวร

วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว

เมื่อเลิกใช้แล้ว มีลูกได้อีก ใดก็ได้

1. ยาเม็ดคุมกำเนิด ใช้กับผู้หญิงที่มีลูกแล้ว และยังไม่ลืมลูก ต้องกินติดต่อกันทุกวัน
2. ยาฉีดคุมกำเนิด สำหรับผู้หญิงที่มีลูกแล้ว หรือสตรีหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฉีดยา 1 เข็ม ป้องกันตั้งครรภ์ได้นาน 3 เดือน
3. ยาฝังคุมกำเนิด เหมาะกับผู้หญิงที่มีลูกแล้ว ฝังยา 1 ครั้ง ป้องกันตั้งครรภ์ได้นาน 5 ปี (ชนิด 6 หลอด) และ 3 ปี (ชนิด 1 หลอด)
4. ห่วงอนามัย สำหรับผู้หญิงที่มีลูกแล้ว ใส่ห่วง 1 ครั้ง ป้องกันตั้งครรภ์ได้นาน 5 ปี
5. ถุงยางอนามัย ผู้ชายเป็นผู้ใช้ ใช้ง่าย สะดวก ป้องกันการตั้งครรภ์ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอ็ดส์ได้



ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ถุงยางอนามัย

วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร

การทำหมันหญิงและหมันชาย ใช้สำหรับคู่สามีภรรยา ที่ไม่ต้องการมีลูกอีก

เดือนนี้แม่ตรวจมะเร็งเต้านม ล้างจานเอบริงจ์

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด

โปรดขีดเครื่องหมาย “ X ” ลงในช่อง แสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ตามความเป็นจริง

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับ เพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. หงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด				
4. วุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. ไม่มีความสุข และเศร้าหมอง				
8. หמדหวังในชีวิต				
9. รู้สึกไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายตลอดเวลา				
11. ไม่มีสมาธิ				
12. เพลีย จนไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. เหนื่อยหน่าย ไม่อยากทำอะไร				
14. หัวใจเต้นแรง				
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเมื่อไม่พอใจ				
16. กลัวผิดพลาด ในการทำสิ่งต่างๆ				
17. ปวด เกร็งกล้ามเนื้อท้ายทอย หลัง ไหล่				
18. ตื่นเต้นง่าย กับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

ที่มา : ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต

การให้คะแนน

เมื่อตอบแบบประเมินครบทั้ง 20 ข้อแล้ว ให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ถ้าตอบว่า...

ไม่เคยเลย	= 0 คะแนน
เป็นครั้งคราว	= 1 คะแนน
เป็นบ่อยๆ	= 2 คะแนน
เป็นประจำ	= 3 คะแนน

ให้รวมคะแนนทั้ง 20 ข้อ คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน ซึ่งแต่ละช่วงคะแนนหมายความว่า ดังนี้

คำอธิบายคะแนน

0-5 คะแนน **เครียดน้อยกว่าปกติ** เพราะชีวิตเรียบง่าย ไม่ต้องต่อสู้ดิ้นรน ดำเนินชีวิต คุณถามตัวเองว่าพอใจกับสิ่งที่เป็นอยู่หรือไม่ หากพอใจและชีวิตไม่เดือดร้อน ก็ดำเนินชีวิตต่อไปอย่างเป็นสุข แต่ถ้าไม่พอใจ อาจปรับวิถีชีวิต เช่น อ่านหนังสือ สังสรรค์กับเพื่อน หรือวางแผนเป้าหมายชีวิตที่เหมาะสม และดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมาย

6-17 คะแนน **เครียดระดับปกติ** คุณจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวันได้ดี และปรับตัวปรับใจ เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม คุณควรรักษาระดับความเครียดเช่นนี้ต่อไปนานๆ

18-25 คะแนน **เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย** คุณอาจประสบปัญหาบางอย่างที่ไม่สบายใจ อาจทำให้ร่างกาย จิตใจ และการแสดงออกผิดปกติไปเล็กน้อย แต่เมื่อพักผ่อนหย่อนใจจะรู้สึกดีขึ้น หากทำแล้วยังไม่หายเครียด ควรพูดคุย หรือปรึกษา เรื่องที่รบกวนจิตใจกับคนไว้วางใจ

26-29 คะแนน **เครียดสูงกว่าปกติปานกลาง** คุณอาจมีปัญหาบางอย่างในชีวิต ที่หาทางแก้ไม่ได้ ทำให้ร่างกาย จิตใจ และการแสดงออกผิดปกติไปอย่างชัดเจน และแม้จะพักผ่อนหย่อนใจแล้ว ก็อาจจะไม่หายเครียด ควรค้นหาสาเหตุปัญหา ที่ทำให้ไม่สบายใจ คิดแก้ไขปัญหาและรีบแก้ไข

30-60 คะแนน **เครียดสูงกว่าปกติมาก** คุณอาจเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิตหรือสะสมความเครียดมากไป เป็นเวลานาน ควรคลายเครียดด้วยการหยุดพักความคิด ยืดเส้นยืดสายให้ร่างกายผ่อนคลาย พักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง คิดแก้ปัญหาและรีบแก้ไขปัญหา หากไม่ดีขึ้นควรขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

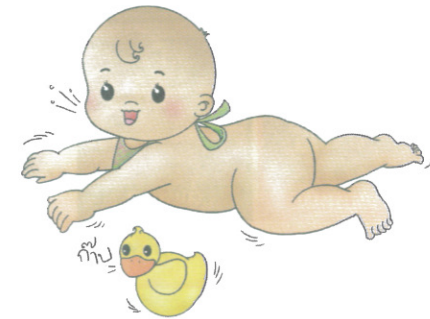
ส่วนที่ 4

ความรู้เกี่ยวกับลูกเพื่อให้ลูกแข็งแรง เก่ง ดี มีความสุข

- ♥ นมแม่ คือ หยอดแรกของสายใยรักจากครอบครัว
- ♥ ปริมาณอาหารที่เด็กควรได้รับใน 1 วัน
- ♥ ปริมาณอาหารที่เด็กควรได้รับใน 1 วัน สำหรับเด็กอายุ 1-5 ปี
- ♥ การดูแลเด็ก
- ♥ การดูแลเด็กเป็นโรคไข้หวัด
- ♥ การดูแลฟันลูก
- ♥ คำแนะนำเกี่ยวกับการได้รับวัคซีน
- ♥ มหัตถจริยกรรมการอ่าน
- ♥ วิธีเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข
- ♥ ข้อเสนอแนะการบันทึกพัฒนาการเด็ก สำหรับพ่อแม่และผู้ปกครองเด็ก
- ♥ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- ♥ ความเสี่ยง และคำแนะนำการป้องกันทารกบาดเจ็บในเด็กปฐมวัย
- ♥ บันทึกการได้รับวัคซีนป้องกันโรค
- ♥ วันนัดตรวจสุขภาพครั้งต่อไป



ภาพคุณเออร่า ศศิธร วัฒนกุล
จัดทำโดย กลุ่มนมแม่ พ.ศ.2547



นมแม่ ดี หยดแรงของสายใยรักแห่งครอบครัว

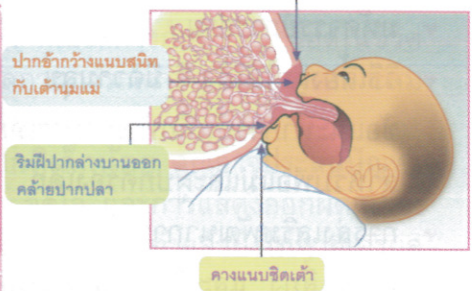
6 เดือนแรกเป็นระยะสำคัญสำหรับการสร้างรากฐานการเจริญเติบโตของสมอง นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุด เพราะมีสารอาหารมากกว่า 200 ชนิดมีสารช่วยสร้าง เซลล์สมอง เส้นใยประสาทสมอง และจอประสาทตา มีภูมิต้านทานโรค ทำให้ลูกแข็งแรงไม่เจ็บป่วยบ่อย ทำให้มีระดับพัฒนาการและความฉลาด ไอคิวดีกว่าเด็กที่กินนมชนิดอื่น การให้อาหารอื่นเป็นการให้สิ่งแปลกปลอมแก่ทารกเพราะร่างกายยังไม่สามารถย่อยได้ อาจทำให้เกิดท้องร่วง หรือแพ้โปรตีนนมวัวได้ แม่ควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว 6 เดือน และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปควบคู่กับอาหารตามวัยจนลูกอายุครบ 2 ปีหรือนานกว่านั้น

อุ้มลูกให้ถูกท่า

ท่าอุ้มลูกที่ถูกต้องมีจุดสังเกต 4 ประการดังนี้



เห็นลานนมด้านบนมากกว่าด้านล่าง



ที่มา: ภาพโดยศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

แม่ไปทำงาน เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้
ปรึกษามิสนมแม่ คลินิกนมแม่ ได้ที่โรงพยาบาลทุกแห่ง



ถุงเก็บนม

ภาพที่ 1



ขวดเก็บนม

ภาพที่ 2



บิบเก็บนม

ภาพที่ 3



ตู้แช่หนม

ภาพที่ 4



ป้อนนม

ภาพที่ 5

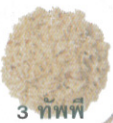













อาหารทารก อายุแรกเกิด - 12 เดือน

ปริมาณอาหารทารกใน 1 วัน

ชนิดและปริมาณอาหาร

อายุ (เดือน)	จำนวนมื้อ ต่อวัน	ชนิดและปริมาณอาหาร					แนวทาง การจัดอาหาร
		กลุ่มข้าว	กลุ่มเนื้อสัตว์	กลุ่มผัก	กลุ่มผลไม้	กลุ่มน้ำมัน	
แรกเกิดถึง 6 เดือน	-	กินนมแม่อย่างเดียว โดยไม่ต้องให้อาหารอื่นแม่แต่น้ำ					
6	1	ข้าวบดละเอียด 3 ช้อนกินข้าว	ไข่แดงสุกครึ่งฟองหรือ ปลา 1 ช้อนกินข้าว หรือ ตับด 1 ช้อนกินข้าว	ผักต้มเปื่อยบดละเอียด ครึ่งช้อนกินข้าว เช่น ตำลึง ฟักทอง	ผลไม้บด 1-2 ช้อน เช่น กล้วยน้ำหว้าสุก มะละกอ	ครึ่งช้อนชา	1. เริ่มให้อาหารทีละอย่าง และครั้งละน้อยๆ เมื่อเด็ก กินได้และไม่มีปัญหาการ แพ้อาหาร จึงค่อยๆเพิ่ม ปริมาณจนได้ตามที่แนะนำ
7	1	ข้าวบด 4 ช้อนกินข้าว	ไข่ต้มสุกครึ่งฟอง สลับกับ ตับด 1 ช้อนกินข้าว หรือ เนื้อปลา 1 ช้อนกินข้าว หรือ เนื้อหมู 1 ช้อนกินข้าว หรือ เนื้อไก่ 1 ช้อนกินข้าว	ผักสุก 1 ช้อนกินข้าว เช่น ผักหวาน ตำลึง ฟักทอง	ผลไม้สุก 1-2 ช้อน เช่น มะละกอ 2 ช้อน หรือ มะม่วงสุก 2 ช้อน	ครึ่งช้อนชา	2. จัดอาหารแต่ละกลุ่มให้มี ความหลากหลายเพื่อ สร้างความคุ้นเคย
8-9	2	ข้าวสุกหุงนุ่มๆ บดหยาบ 4 ช้อนกินข้าว ค่อมือ	ไข่ครึ่งฟอง สลับกับ ตับด 1 ช้อนกินข้าว หรือ เนื้อปลา 1 ช้อนกินข้าว หรือ เนื้อหมู 1 ช้อนกินข้าว หรือ เนื้อไก่ 1 ช้อนกินข้าว ค่อมือ	ผักสุก 1 ช้อนกินข้าว ค่อมือ เช่น ตำลึง ผักหวาน ผักกาดขาว ฟักทอง แครอท	ผลไม้สุก 2-3 ช้อน ค่อมือ เช่น มะละกอ 3 ช้อน หรือ กล้วย 1 ผล	ครึ่งช้อนชา ค่อมือ	3. อาหารในช่วงอายุ 7 เดือน ขึ้นไปไม่ต้องบดละเอียด เพิ่มความหยาบมากขึ้น ตามอายุ เพื่อฝึกการเคี้ยว อาหาร
10-12	3	ข้าวสุกหุงนุ่มๆ บดหยาบ 4 ช้อนกินข้าว ค่อมือ	ไข่ครึ่งฟอง สลับ ตับด 1 ช้อนกินข้าว หรือ เนื้อปลา 1 ช้อนกินข้าว หรือ เนื้อหมู 1 ช้อนกิน หรือ เนื้อไก่ 1 ช้อนกินข้าวค่อมือ	ผักสุก 1½ ช้อนกินข้าว ค่อมือ เช่น ตำลึง ผักหวาน ผักกาดขาว ฟักทอง แครอท	ผลไม้สุก 3-4 ช้อน ค่อมือ เช่น มะม่วงสุก 4 ช้อน หรือ ส้ม 1 ผล	ครึ่งช้อนชา ค่อมือ	4. ไม่ควรปรุงอาหารรสจัด ควรให้อาหารรสธรรมชาติ 5. วัตถุประสงค์และภาวะที่ใช้ ปรุงอาหารและใส่อาหาร ต้องสะอาดและปลอดภัย

ปริมาณอาหารที่เด็กควรได้รับ 1 วัน สำหรับเด็กอายุ 1-5 ปี

กลุ่มอาหาร	ปริมาณ		หมายเหตุ
	เด็ก 1-3 ปี	เด็ก 4-5 ปี	
ข้าว-แป้ง	 3 ทัพพี	 5 ทัพพี	ข้าวสุก(หุงไม่เช็ดน้ำหรือหนึ่ง)ข้าวเหนียวหนึ่ง ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง เผือก มัน สลัด ผลไม้เปลี่ยนหมุนเวียน
ผัก	 2 ทัพพี	 3 ทัพพี	ผักใบเขียวเข้ม ผักสีเหลือง-ส้ม และผักอื่นๆ สลัดผลไม้เปลี่ยนหมุนเวียน
ผลไม้	 3 ส่วน	 3 ส่วน	ผลไม้สดตามฤดูกาล ล้างให้สะอาดก่อนให้ เด็กกิน (1 ส่วนของผลไม้แต่ละชนิดไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับขนาด เช่น กล้วยน้ำหว่า 1 ผล ส้มเขียวหวาน 2 ผลกลาง เงาะ 4 ผล ฝรั่งครึ่งผล มะม่วงครึ่งผล มะละกอสุก 6 ชิ้นพอคำ สับปะรด 6 ชิ้นพอคำ)
เนื้อสัตว์	 3 ช้อนกินข้าว	 3 ช้อนกินข้าว	ควรทำให้สุก หั่นเป็นชิ้นเล็กๆ เพื่อให้เคี้ยวง่าย และสลัดกับการให้ปลา ไข่ เลือดหมู/ไก่/เป็ด ตับ อาหารทะเล ปลาตัวเล็ก กุ้งฝอย เต้าหู้
นม	 2 แก้ว	 3 แก้ว	นมสด นมผง หรือโยเกิร์ต นมสด 1 แก้ว = โยเกิร์ต (150 กรัม) 1 1/2 ถ้วย
น้ำมัน กะทิ	 น้อยก่า 3 ช้อนชา	 น้อยก่า 4 ช้อนชา	ไม่ควรได้รับมากเกินไป จะทำให้อ้วนได้
น้ำตาล	 น้อยกว่า 2 ช้อนชา	 น้อยกว่า 3 ช้อนชา	ไม่ควรได้รับมากเกินไป อาจทำให้ผอมหรืออ้วน และฟันผุได้ จึงไม่ควรให้กินขนมและเครื่องดื่ม ที่มีรสหวานจัด เช่น ลูกอม เยลลี่ น้ำหวาน น้ำอัดลม

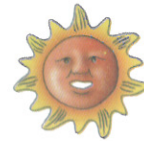
หลีกเลี่ยงการกินขนมกรุบกรอบ ควรจัดอาหารว่างที่มีคุณค่าโภชนาการให้กับเด็ก เช่น นม
ผลไม้ ขนมไทยรสไม่หวานจัด และให้กินก่อนเวลาอาหารมื้อหลักประมาณ ชั่วโมงครึ่ง ถึง 2 ชั่วโมง

การดูแลเด็ก

ให้การดูแลเด็กตามช่วงอายุ ดังนี้

แรกเกิดถึง 1 เดือน

- ♥ ถ้าสะดือยังไม่หลุด เช็ดสะดือให้แห้งด้วยแอลกอฮอล์
ทุกครั้งหลังอาบน้ำ ห้ามใช้แป้ง หรือยาผงใดๆ โรยสะดือ
- ♥ เด็กที่กินนมแม่ อาจถ่ายอุจจาระเหลวได้ แต่ถ้าถ่ายบ่อย
และไม่ค่อยดูดนม ต้องรีบปรึกษาแพทย์
- ♥ เด็กตัวเหลืองต้องพาไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



1 เดือน - 6 ปี

- ♥ ชั่งน้ำหนักทุก 3 เดือน วัดส่วนสูงทุก 1 ปี แล้วนำไป
เปรียบเทียบกับกราฟแสดงการเจริญเติบโต
- ♥ ตรวจสอบสุขภาพ และรับวัคซีนตามนัด เมื่ออายุ 2, 4, 6,
9-12 เดือน 1 1/2 ปี 2 1/2 ปี หลังจากนั้นตรวจสอบสุขภาพทุกปี
จนอายุ 6 ปี



ข้อควรระวัง

- ♥ นำเด็กไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้ามีอาการซึม ไข้สูง ชัก ท้อง
อืด อาเจียน หายใจเร็ว หอบ หายใจลำบาก
- ♥ ถ้าเด็กไข้สูง ตัวร้อน ต้องเช็ดตัวด้วยน้ำธรรมดา ก่อนไปพบแพทย์หรือ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ♥ ระวังอุบัติเหตุต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับเด็ก เช่น น้ำร้อนลวก
ไฟไหม้ ไฟดูด จมน้ำ กินสารพิษ อุบัติเหตุบนท้องถนน เป็นต้น
- ♥ ห้ามกวาดยาเด็ก เพราะจะนำเชื้อโรคเข้าสู่ช่องคอได้
- ♥ เด็กอายุ 6 ปี หรือ 72 เดือน ควรว่ายน้ำเป็น(ทักษะเอาชีวิตรอดในน้ำ)



การดูแลเด็กเป็นโรคไข้หวัด

เด็ก 1-5 ปี จะเป็นหวัดบ่อย พ่อ-แม่ให้การดูแลเองได้ โดยให้ดื่มน้ำบ่อยๆ กินอาหารได้ตามปกติ ถ้าตัวร้อนให้เช็ดตัว และกินยาลดไข้ห่างกันทุก 4-6 ชั่วโมง ถ้าไอมากให้กินยาแก้ไอขับเสมหะ ไม่ต้องกินยาปฏิชีวนะ(ยาฆ่าเชื้อ/แก้อักเสบ) โรคหวัดจะมีอาการไข้ น้ำมูก ไอ ใน 2-3 วันแรก ต่อไปมีไอราว 1-2 สัปดาห์ก็จะหาย

ถ้าไอมาก หายใจผิดปกติ หายใจเร็ว หายใจแรงจนชายโครงบวม หายใจมีเสียงดัง หรือ หอบซึ่ม ไม่ดูตนม อาจปอดบวม จะต้องรีบพาไปพบแพทย์

การดูแลเด็กเป็นโรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วง หมายถึง

- ♥ ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า
- ♥ ถ่ายอุจจาระมีมูกปนเลือด อย่างน้อย 1 ครั้ง
- ♥ ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน

เด็กเล็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว อาจทำให้ช็อค หมดสติ และเสียชีวิตได้

การดูแลรักษานับต้นเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่บ้าน

1. ให้สารน้ำเพื่อทดแทนน้ำและเกลือแร่ที่สูญเสียไปกับอุจจาระ ได้แก่

- ♥ สารละลายน้ำตาลเกลือแร่หรือโออาร์เอส (แนะนำให้ใช้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่หรือ ORS องค์การเภสัชกรรม โดยวิธีผสมดื่กที่ข้างซอง)
- ♥ เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ให้ครั้งละ 50-100 ซี.ซี. (หนึ่งในสี่ถึงครึ่งแก้ว) ทุกครั้งที่ถ่าย

ควรใช้ช้อนป้อนไม่ควรใช้ขวดนม เนื่องจากได้รับเร็วไปอาจทำให้อาเจียนได้

- ♥ เด็กอายุต่ำกว่า 2-10 ปี ให้ครั้งละ 100-200 ซี.ซี. (ครึ่งแก้ว-1 แก้ว) ทุกครั้งที่ถ่าย

2. ไม่ควรงดอาหารในระหว่างเป็นโรคอุจจาระร่วง ถ้าเลี้ยงด้วยนมแม่ กระตุ้นให้ลูกดูดนมให้มากขึ้น

แม่จ้ววันนี้เล่านิทานให้หนูฟังอีกนะ



การดูแลฟันลูก

ฟันน้ำนมมีความสำคัญกับสุขภาพของเด็ก ถ้าไม่ดูแลให้ดีจะเกิดฟันผุได้ง่าย ถ้าฟันผุลูกถามเด็กจะปวดฟัน นอนไม่หลับ ไม่สามารถกินอาหาร ส่งผลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครองควรดูแลลูกดังนี้

1. ให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ถ้าไม่สามารถให้นมแม่ต่อได้ เลือคนมจืดให้ลูก ไม่ให้เด็กดูดขวดนมจนหลับคาขวด ไม่เอาของหวานทุกชนิดใส่ขวดนมและให้เลิกขวดนมเมื่ออายุ 1 - 1¹/₂ ปี

2. เมื่ออายุ 6 เดือน เด็กเริ่มมีฟันขึ้นแล้ว แปรงฟันลูกให้สะอาดด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์วันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน

3. เด็กอายุ 6 เดือน เริ่มให้อาหาร 1 มื้อ และเพิ่มเป็น 3 มื้อ เมื่ออายุ 1 ปี อาหารระหว่างมื้อควรเป็นนมจืดและผลไม้

4. ผู้ปกครองเปิดริมฝีปากดูฟันลูกเดือนละครั้ง ถ้าพบฟันมีรอยช้ำขาวบริเวณคอฟันรีบพาไปพบทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อทาฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ



วิธีแปรงฟันให้ลูก

ใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันเด็กเป็นจุดเล็กๆ ให้เด็กนอนหนุนตักหันหน้าไปทางเดียวกับผู้แปรงใช้นิ้วมือแหวกกระพุ้งแก้มเพื่อให้มองเห็นฟันที่แปรงจะแปรงชัดเจน วางขนแปรงตั้งฉากกับตัวฟันขยับไปมาสั้นๆ ให้ทั่วทุกซี่ ถ้าเด็กยังบ้วนน้ำไม่ได้ ให้ใช้ผ้าสะอาดเช็ดฟองยาสีฟันออก เมื่อแปรงสะอาดแล้วจะไม่พบคราบเหนียวสีขาวอมเหลืองติดอยู่ที่ฟัน

เมื่อลูกอายุ 2-3 ปี หัดให้ลูกแปรงฟันเอง แต่พ่อแม่ยังต้องแปรงซ้ำให้สะอาดจนกว่าลูกจะแปรงเองได้ดีเมื่ออายุ 7-8 ปี

ที่มา : ข้อมูลจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

คำแนะนำเกี่ยวกับการได้รับวัคซีน

♥ วัคซีนบางชนิดจำเป็นต้องได้รับมากกว่า 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานได้สูงเพียงพอในระดับที่สามารถป้องกันโรคได้ ดังนั้นผู้ปกครองจึงควรพาบุตรหลานไปรับวัคซีนตามกำหนดนัดทุกครั้ง ซึ่งมีบันทึกไว้ในสมุดเล่มนี้

♥ **เด็กที่เจ็บป่วยเล็กน้อย** เช่น หวัด ไอ หรือไข้ต่ำๆ สามารถรับวัคซีนได้

♥ **หลังได้รับวัคซีนบางชนิด** เด็กอาจตัวร้อน เป็นไข้ ซึ่งจะหายได้ในเวลาอันสั้น ให้เช็ดตัว ดื่มน้ำมากๆ และให้ยาลดไข้ตามคำแนะนำของแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

♥ **ถ้าเด็กเคยมีประวัติแพ้ยา** หรือเคยมีอาการรุนแรงหลังได้รับวัคซีน เช่น ชัก ไข้สูงมาก โปรดแจ้งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนรับวัคซีนด้วย

♥ ผลที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคอาจเป็นฝีขนาดเล็ก อยู่ได้นาน 3-4 สัปดาห์ ไม่จำเป็นต้องใส่ยาหรือปิดแผล เพียงใช้สำลีสะอาดชุบน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วเช็ดรอบๆ แผล

♥ โปรดเก็บสมุดบันทึกสุขภาพเล่มนี้ไว้ เพื่อประโยชน์ของบุตรหลานในการติดตามดูว่า บุตรหลานได้รับวัคซีนอะไรบ้าง ครบถ้วนหรือไม่ นอกจากนี้ ยังสามารถใช้เป็นหลักฐานสำคัญในโอกาสต่างๆ เช่น การมอบตัวบุตรหลานเข้าเรียนต่อในชั้นประถมศึกษา และการเดินทางไปต่างประเทศ เป็นต้น



มหัศจรรย์การอ่าน

นอกจากอาหารกายซึ่งได้แก่ นมแม่และอาหารตามวัยแล้ว ลูกยังต้องการอาหารสมอง อาหารใจ และอาหารธรรม การอ่านหนังสือกับลูกเป็นการให้อาหารทั้ง 3 อย่างได้ครบถ้วน

การอ่านหนังสือให้ลูกฟังตั้งแต่อายุ 6 เดือนทุกวัน อย่างน้อยวันละ 5-15 นาที เป็นการเสริมสร้างพัฒนาการของสมองที่เกิดมามีมากถึงล้านล้านเซลล์ ทำให้เกิดเส้นใยประสาทเชื่อมโยงกันและกัน การเชื่อมโยงของใยประสาท มีผลต่อความฉลาดของเด็กในระยะต่อมาจนถึงวัยผู้ใหญ่ และเป็นการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของลูกได้ดีที่สุด

เมื่อลูกอายุ 6 เดือน ลูกชันคอได้มั่นคง อุ้มลูกนั่งตักชี้ชวนให้ดูภาพและอ่านออกเสียงชัดๆ ซ้ำๆ ให้ลูกฟัง หรือจะนอนอ่านด้วยกันก็ได้ สัมผัสที่อ่อนโยน น้ำเสียงที่นุ่มนวลเปี่ยมด้วยความรัก พ่อแม่ลูกได้ใกล้ชิดกัน จะส่งเสริมความมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์แก่ลูก

เรื่องราวที่ดีๆ จากหนังสือทำให้ลูกได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่ละน้อย สัมผัสเป็นพฤติกรรมที่ดีงามของตนในระยะต่อมา เป็นการปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม ได้อย่างแนบแน่น ที่สำคัญคือการเห็นตัวอย่างที่ดีงามของพ่อแม่และคนรอบข้างอยู่เสมอ

เด็กปฐมวัยชอบหนังสือที่มีภาพสดใส ขนาดใหญ่ชัดเจน เนื้อหาไม่มาก ควรเป็นหนังสือที่กระดาดชนทาน เปิดง่าย ไม่มีมุมคมเป็นอันตรายต่อเด็กในขวบปีแรกชี้ชวนให้ลูกดูภาพจากหนังสือ อ่านออกเสียงซ้ำๆ ชัดๆ พูดคุยกับลูก ให้โอกาสลูกสัมผัส หยิบจับหนังสือ หลังขวบปีแรกลูกจะจดจำเนื้อหาได้มากขึ้น เชื่อมโยงภาพกับเนื้อเรื่องได้ดีขึ้น อ่านออกเสียงซ้ำๆ ชัดๆ ให้ลูกเลียนเสียง ตาม หนังสือภาพที่มีคำคล้องจองทำให้ลูกจดจำง่าย หนังสือเล่มเดิม สามารถต่อยอดความคิด จินตนาการ และความสนุกสนานได้เมื่อเด็กโตขึ้น โดยพ่อแม่สอดแทรกเพิ่มเติม เช่น การสอนจำนวน สอนรูปทรง สอนสี สอดแทรกคุณธรรม จริยธรรม ตั้งคำถามสร้างจินตนาการ เป็นต้น



วิธีเลี้ยงลูกให้เก่ง ดี มีความสุข

อายุลูก	สิ่งที่พ่อแม่ควรทำ	สิ่งที่พ่อแม่ไม่ควรทำ
ระยะตั้งครรภ์	<ul style="list-style-type: none"> ♥ ผ่อนคลาย ทำใจสบาย ♥ พอดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือแม่อย่างใกล้ชิด 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ เครียด หงุดหงิด ใช้อารมณ์ ♥ ตามใจตนเอง ไม่คำนึงถึงลูกในครรภ์
แรกเกิด - 1 ปี	<ul style="list-style-type: none"> ♥ อุ้มลูกอย่างนุ่มนวลโอบกอดแนบอก และลูบหลังเบาๆ ให้ลูกรู้สึกปลอดภัย ♥ ขณะอุ้มลูกควรพูดคุย ร้องเพลงแห่กล่อมเมื่อให้นอน ♥ เล่น พูดคุยกับลูกบ่อยๆ ทำให้ลูกอารมณ์ดี และเติบโตเร็ว ♥ ถ้าลูกอยากทำด้วยตนเอง ควรปล่อยให้ลูกทำเอง ลองผิดลองถูก 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ ละเลย ไม่ดูแล ทอดทิ้ง ใช้อารมณ์รุนแรงกับลูก ♥ หงุดหงิดเมื่อลูกร้อง ถ้าทนไม่ได้ ควรผ่อนคลายด้วยการฝากคนอื่นเลี้ยงดู แล้วสงบอารมณ์สักระยะ ♥ ปกป้องตามใจลูกมากเกินไป ทำให้ลูกขาดวุฒิภาวะเอาแต่ใจ ขาดความอดทน
1-3 ปี	<ul style="list-style-type: none"> ♥ เปิดโอกาสให้ลูกทำกิจวัตรประจำด้วยตนเองมากขึ้น ♥ ถ้าลูกแสดงเกินกว่าเหตุ ควรดึงความสนใจไปสิ่งอื่น ♥ พูดคุย เล่านิทาน ตอบคำถามลูก ♥ เมื่อลูกปฏิเสธ ควรอธิบายเหตุผล ♥ สอนลูกเก็บของเล่น ให้เป็นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ ไม่ยอมให้ลูกทำอะไรด้วยตนเอง ♥ หลอกหรือขู่ให้กลัว จะทำให้ลูกกลัวผิดๆ โดยไม่มีเหตุผล ♥ หงุดหงิดเมื่อลูกซุกกัทถามหรือซุกซน ♥ ยั่วให้ลูกโกรธ ♥ บังคับให้ลูกอยู่เฉยๆ นิ่งๆ
3-6 ปี	<ul style="list-style-type: none"> ♥ สอนให้รู้ผิด รู้ถูก กล้าบอกเมื่อทำผิด ♥ สอนให้รู้จัก ขอบคุณ ขอโทษ ไม่เป็นไรให้ตีตบปาก ♥ สนับสนุนให้เล่นกับเด็กอื่น ♥ สอนเด็กไม่ให้ผู้ใดจับอวัยวะส่วนตัว 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ เปรียบเทียบลูกกับพี่น้องคนอื่น เพราะลูกจะน้อยใจและมองตนเองไร้ค่า ♥ เด็กทะเลาะกัน ไม่ตัดสินใจว่าใครผิด เพราะเด็กโกรธกันไม่นาน ♥ สอนลูกแต่ไม่เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูก ♥ ทะเลาะกัน ใช้กำลังต่อหน้าลูก

ข้อเสนอแนะการบันทึกพัฒนาการเด็ก สำหรับพ่อแม่และผู้ปกครองเด็ก



1. พ่อแม่ส่งเสริมลูกให้เติบโตอย่างมีคุณภาพทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อลูกจะเป็นคนดี เก่ง มีความสุข โดยทำเป็นแบบอย่างที่ดี ดูแลเอาใจใส่ ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้โอกาสเด็กได้เรียนรู้ และฝึกทำ ตลอดจน สังเกตและส่งเสริมพัฒนาการ ลูกของท่านด้วยตนเอง ตามคำแนะนำ

2. พ่อแม่ ผู้ปกครองควรสังเกตว่า ลูกทำสิ่งต่างๆ ได้เหมาะสมตามช่วงอายุหรือไม่ โดยเติมอายุของลูกที่ทำได้ในช่วงท้ายพัฒนาการตามวัย

3. สำหรับวิธีการที่พ่อแม่ส่งเสริมให้ลูกมีพัฒนาการตามวัย พ่อแม่ควรปฏิบัติต่อลูกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาการสมวัยของลูก

4. บันทึกพัฒนาการเด็กในสมุดบันทึกนี้ แสดงความสามารถบางส่วนที่สำคัญตามวัยเด็ก ซึ่งเด็กแต่ละคนอาจพัฒนาเร็ว ช้า แตกต่างกัน ถ้าถึงอายุที่ควรทำได้ แล้วเด็กทำไม่ได้ ควรให้โอกาสฝึกก่อน 1 เดือน

5. ถ้าลูกมีลักษณะต่อไปนี้ ควรปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- 5.1 อายุ 3 เดือน ลูกไม่สบตา หรือ ยิ้มตอบ ไม่ซุกคอในที่นอนคว่ำ
- 5.2 ลูก 6 เดือน ไม่มองตาม ไม่หันตามเสียง ไม่สนใจคนที่เล่นด้วย ไม่พลิกคว่ำพลิกหงาย
- 5.3 อายุ 1 ปี ยังไม่เกาะเดิน ใช้นิ้วมือหยิบของกินเข้าปากไม่ได้ ไม่เลียนแบบท่าทางและเสียงพูด
- 5.4 อายุ 1 ปี 6 เดือน ทำตามคำสั่งง่ายๆ ไม่ได้ เช่น นั่งลง สวัสดิ์ เดินมาหาแม่
- 5.5 อายุ 2 ปี พูดคำต่อกัน 2 คำไม่ได้
- 5.6 พัฒนาการเล่นล่าช้ากว่าวัย น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เจ็บป่วยบ่อย ๆ



เวลานิทาน อ่านหนังสือกับลูกได้ตั้งแต่แรกเกิด

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

อายุ	พัฒนาการตามวัย	วิธีการส่งเสริมให้ลูกทำได้
แรกเกิดถึง 1 เดือน	<input type="checkbox"/> มองหน้าแม่ สบตา <input type="checkbox"/> ตอบสนองเสียงพูด ทำเสียงในคอ <input type="checkbox"/> เคลื่อนไหวแขนขา ทั้ง 2 ข้าง	<ul style="list-style-type: none"> ♥ อุ้มให้หน้าลูกอยู่ในระดับเดียวกับหน้าแม่ ยิ้มแย้ม มองสบตา พูดกับลูกบ่อยๆ หรือขณะให้นมลูก ♥ พูดคุยโต้ตอบบ่อยๆ หรืออุ้มห่มล่อม ♥ ให้ลูกนอนหงาย ออกกำลังแขนขา ชัน-ลง-งอ-เหยียด และให้ลูกเคลื่อนไหวด้วยตนเอง ♥ ใช้นิ้วมือสัมผัสฝ่ามือลูก ไม่ควรใส่ถุงมือให้ลูกตลอดเวลา ♥ ให้ลูกกินนมแม่อย่างน้อย 2 ปี โดย 6 เดือนแรกกินนมแม่อย่างเดียว
อายุ 1-2 เดือน	<input type="checkbox"/> ยิ้มตอบ ยิ้มทักทาย <input type="checkbox"/> แสดงท่าดีใจเมื่อแม่อุ้ม <input type="checkbox"/> ทำเสียง อืออ่า สนใจฟัง และมองหาเสียง <input type="checkbox"/> มองตามสิ่งเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> ชันคอในท่าคว่ำ	<ul style="list-style-type: none"> ♥ อุ้มลูกหันหน้าเข้าหาแม่ ขณะนั่งพูดคุยทำเสียงโต้ตอบยิ้มแย้ม สบตา ลูกบ่อยๆ เอียงหน้าไปมาช้าๆ ให้ลูกมองตามและสัมผัสลูกอย่างอ่อนโยน ♥ ขณะตื่น จัดให้ลูกอยู่ในท่าคว่ำพูดคุยส่งเสียงชักชวน เขย่าของเล่นที่มีเสียงเหนือศีรษะเพื่อให้ลูกสนใจเงยหน้ามอง



- ♥ ไม่เขย่าตัวเด็ก เพราะอาจเกิดอันตรายต่อสมองของเด็กได้
- ♥ ไม่ควรให้เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี โดยสาธารณสุขยานยนต์
- ♥ รถยนต์ควรติดตั้งที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กที่เบาะนั่งด้านหลัง และหันหน้าเด็กไปด้านหลังรถ
- ♥ ไม่ควรกวาดยาให้เด็ก

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

อายุ	พัฒนาการตามวัย	วิธีการส่งเสริมให้ลูกทำได้
อายุ 3-4 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> ❑ ทักทายคนคุ้นเคย ❑ หันหาเสียงหัวเราะ ส่งเสียงอ้อแอ้โต้ตอบ ❑ เอามือจับกันมองตามจากด้านหนึ่งจนสุดอีกด้านหนึ่ง ❑ ในท่าคว่ำ ไขว่แขนยัน ชูคอตั้งขึ้น 90 องศา 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ ทักทาย เรียกชื่อลูกเมื่อพบกัน ♥ พูดคุย สัมผัส เล่นและหัวเราะกับลูกบ่อยๆ ♥ พูดคุยโต้ตอบ และหยุดฟัง เพื่อรอจังหวะให้ลูกส่งเสียง ♥ ใช้นิ้วมือแม่ให้ลูกจับตรงกลางลำตัวลูก ด้วยมือลูก 2 ข้าง เขย่ากริ่งกริ่งหรือของเล่นสีสดใส ให้ลูกสนใจมองค่อยๆ เคลื่อนของเล่นจากข้างหนึ่งไปอีกข้างหนึ่ง ให้ลูกมองตาม จากนั้นแตะที่หลังมือลูก กระตุ้นให้ลูกจับ ♥ จัดที่ปลอดภัยให้ลูกนอนคว่ำ นำของเล่นที่มีเสียง สีสดใสเขย่าเหนือศีรษะลูก ให้ลูกสนใจเงยหน้าขึ้นมอง
อายุ 5-6 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> ❑ แสดงอารมณ์และท่าทาง เช่น ดีใจ ชัดใจ จำหน้าพ่อแม่ได้ ❑ หันตามเสียงเรียกชื่อ ส่งเสียงสูงๆ ต่ำๆ ❑ คว่ำของมือเดียวและสลับมือถือของได้ ❑ เริ่มพลิกคว่ำพลิกหงาย คืบ 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ ยิ้มแย้ม ขณะพูดคุยโต้ตอบกับลูก เรียกชื่อลูกในทิศทางต่างๆ ฝึกให้ลูกตอบสนองต่อเสียง ♥ พูดถึงสิ่งที่กำลังทำอยู่กับลูก หรือพูดสิ่งที่ลูกสนใจ เช่น อาบน้ำ ฯลฯ ♥ หาของเล่นที่มีเสียง สีสดใส ทำให้ลูกสนใจ และไขว่คว้าเล่น ♥ จัดที่ปลอดภัยและกว้างพอให้ลูกหัดพลิกคว่ำ พลิกหงายและคืบได้อย่างอิสระ พ่อแม่อาจใช้เสียงเรียกหรือของเล่นสีสดใสเพื่อกระตุ้นความสนใจให้ลูกพลิกตัวหรือคืบ



- ♥ ไม้ใช้รถหัดเดิน เพราะทำให้เด็กเดินช้า และพลิกคว่ำ ตกจากที่สูงได้ง่าย
- ♥ อย่าปล่อยให้เด็กไต่ตามลำแข้งในอ่างน้ำหรือใกล้กะละมัง แม้เพียงชั่วขณะ เพื่อป้องกันการจมน้ำ
- ♥ ไม้วางเด็กไว้บนที่สูง เช่น เตียง โต๊ะ ทีวี ตามลำแข้ง

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

อายุ	พัฒนาการตามวัย	วิธีการส่งเสริมให้ลูกทำได้
อายุ 7-8 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> ❑ กลัวคนแปลกหน้า รู้สึกผูกพันติดคนที่เลี้ยงดู ❑ ชูมือให้อุ้ม ❑ ทำเสียงพยางค์เดียว เช่น จ๊ะ ปะ หม่า หันหาเสียงเรียกได้ถูกต้อง ❑ มองตามของตก ถือของมือละชั้น ❑ นั่งทรงตัวได้เอง โดยไม่ต้องใช้มือยัน 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ อุ้มลูกไว้ให้ลูกรู้สึกอุ่นใจ ขณะพบปะผู้อื่น และให้เวลาลูกทำความคุ้นเคย ♥ บอกหรือทำท่าจะอุ้ม ให้ลูกรู้ทุกครั้ง ♥ พูดถึงสิ่งที่กำลังทำอยู่กับลูก หรือพูดสิ่งที่ลูกสนใจ เช่น หม่าๆ ขณะพูดคุยกับลูก ให้เรียกชื่อลูกทุกครั้ง ♥ อ่านหนังสือกับลูก ชี้ภาพประกอบ ♥ อุ้มลูกในท่านั่ง ถือของเล่นหรือผ้าที่มีสีสดใส ให้อยู่ระดับสายตาลูกเพื่อให้ลูกสนใจ ปล่อยให้ของเล่นตกลงเพื่อกระตุ้นให้ลูกมองตามของตก เปิดโอกาสให้ลูกหยิบของเล่นขนาดพอดีมือ ♥ อุ้มลูกน้อยลง ปล่อยให้ลูกนั่งเล่นของเล่นที่มือหยิบจับได้ถนัด โดยพ่อแม่ดูแลอยู่ใกล้ๆ ♥ ฝึกให้นั่งได้มั่นคงขึ้น โดยให้ลูกเอี้ยวตัวคว่ำของจากหลายๆ ทิศทาง
อายุ 9-10 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> ❑ เล่นจ๊ะเอ๋ ปรบมือ มองหาของที่ซ่อนอยู่ ❑ หยิบอาหารกินเอง ด้วยมือ ❑ ใช้ท่าทางหรือบอกความต้องการ ❑ ฟังรู้ภาษา เข้าใจ สีหน้า ท่าทาง และตอบสนอง ❑ ส่งเสียงหลายพยางค์ เช่น หม่าๆ จ๊ะจ๋า ❑ ใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือหยิบของ ❑ มองหาของ ❑ คลาน เกาะยืนและเหนี่ยวตัวลุกขึ้นยืน จากท่านั่ง 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ เล่นจ๊ะเอ๋ ร้องเพลง ทำท่าต่างๆ และปรบมือเล่นกับลูกบ่อยๆ ♥ ให้ลูกใช้นิ้วหยิบอาหารชิ้นเล็กที่อ่อนนุ่มเข้าปากเอง เช่น ข้าวสุก ฟักทองต้ม ♥ สอนให้ลูกแสดงท่าทาง เช่น ชี้เมื่ออยากได้สิ่งของ ♥ พูดคุย โต้ตอบกับลูกด้วยน้ำเสียงและท่าทางที่นุ่มนวล ♥ จัดพื้นที่ให้ลูกคลาน และเกาะยืนอย่างปลอดภัย



อย่าปล่อยให้เด็กเล่นสิ่งของชิ้นเล็กเพราะเด็กอาจนำไปใส่ปาก จมูก เกิดการสำลัก จุดอันตรายเดินเหินให้ได้

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

อายุ	พัฒนาการตามวัย	วิธีการส่งเสริมให้ลูกทำได้
อายุ 11-12 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> เลียนแบบท่าทางต่างๆ เช่น ไหว้ โบกมือลา หอมแก้ม โยกตัว ตามจังหวะเพลง ตีม้าจากถ้วยโดยต้องช่วยเหลือ พูดได้ 1 คำ อย่างมีความหมาย เข้าใจ เสียงห้ามและหยุดทำ ถือสิ่งของขนาดพอมือ 2 อัน เคาะกัน ยืนเองได้ชั่วครู่ หรือตั่งไข่ 	<ul style="list-style-type: none"> เป็นตัวอย่างสอนให้ลูกเลียนแบบ ท่าทางต่างๆ เช่น ไหว้ โบกมือ หอมแก้มและชมเชยเมื่อลูกทำได้ สิ่งที่ไม่ควรทำ ให้บอกทุกครั้ง ให้ลูกถือของมือละชิ้น แล้วกระตุ้นให้ลูกนำมาเคาะกัน โดยแม่อาจทำให้ดูเป็นตัวอย่าง จัดหาสถานที่ราบเรียบ ไม่ลื่น ปลอดภัยให้ลูกหัดยืน โดยพ่อแม่ดูแลอย่างใกล้ชิด และให้กำลังใจ
อายุ 13-15 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> เลียนแบบท่ากิจกรรมง่ายๆ เช่น หวีผม รู้จักรับและให้ของ ถือช้อนและพยายามป้อนอาหารเข้าปาก ทำตามคำบอกง่ายๆ เช่น ชี้อวัยวะ หรือรูปภาพ และพูดคำที่มีความหมาย ได้ 1-3 คำ หยิบของ 2-3 ชิ้น ใส่ถ้วยหรือกล่อง เดินได้เอง 	<ul style="list-style-type: none"> เปิดโอกาสให้ลูกเลียนแบบกิจกรรมง่ายๆ เช่น หวีผม ฝึกให้ลูกรู้จักหยิบของให้ พ่อแม่ชมเชยเมื่อลูกพยายาม ให้ลูกจับช้อน ช่วยจับมือลูกตักอาหารเข้าปาก ช้อนที่ใช้ควรเป็นช้อนเล็กๆ ขอบมนไม่คม ชี้ให้รู้จักส่วนต่างๆ ของใบหน้าและร่างกาย และพูดชื่อสิ่งของในบ้าน ร้องเพลงและทำท่าประกอบ ให้ลูกหยิบวัตถุต่างๆ ที่มีรูปร่าง ขนาดและผิวสัมผัสต่างๆ ออกจากกล่องและเก็บใส่กล่อง โดยดูแลความปลอดภัยอย่างใกล้ชิดและเริ่มฝึกวินัยในการเก็บของเข้าที่ จัดหาสถานที่โล่ง และปลอดภัยเพื่อให้ลูกได้หัดเดินและจัดหาของเล่นให้ลูกสำหรับลากจูง เมื่อลูกกำลังหัดเดินอาจจะหยุดหัดพูด



- ♥ ติดตั้งปลั๊กไฟสูง 1.5 เมตรหรือใช้อุปกรณ์ที่ครอบปลั๊กไฟ
- ♥ เก็บของมีคมให้ไกลมือเด็ก ทุบของเปราะหรือใช้อุปกรณ์ป้องกันประตู ลิ้นชัก หนักรถ
- ♥ จำกัดพื้นที่ให้เด็กเล่นในที่ปลอดภัย ไม่สามารถเข้าใกล้แหล่งน้ำได้เอง

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

อายุ	พัฒนาการตามวัย	วิธีการส่งเสริมให้ลูกทำได้
อายุ 16-18 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> ดีใจเมื่อได้รับความสนใจ รู้จักปฏิเสธ เช่น สายหน้า หรือบอกว่าไม่ ถือถ้วยตีม้าและนมด้วยตนเอง อาจหกเล็กน้อย ทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้พูดเป็นคำๆ ที่มีความหมายได้ 5 คำ วางของซ้อนกัน 2-3 ชั้น เล่นหาของที่ซ่อนไว้ วิ่ง จูงมือเดียวเดินขึ้นบันได 	<ul style="list-style-type: none"> พ่อแม่ให้เวลาเล่นกับลูก เอาใจใส่ ดูแลสอนให้ลูกรู้จักการปฏิเสธ เช่น การสายหน้า หรือบอกว่าไม่ ให้ลูกตีม้าจากถ้วยที่ละน้อย ให้ลูกทำตามคำบอก เช่น ให้เด็กเก็บของเล่นใส่กล่อง หากลูกยังไม่เข้าใจอาจทำให้ดูเป็นตัวอย่างก่อน และพูดคุยกับลูกบ่อยๆ จัดหาของเล่น เช่น กล่อง กระจ่างแป้น ดินสอเทียนสำหรับขีดเขียนเล่นหรือวัสดุเหลือใช้ให้ลูกฝึกเล่นวางซ้อนกัน เล่นซ่อนของกับลูกโดยเอาผ้าคลุมไว้ จัดที่กว้างปลอดภัยให้ลูกเคลื่อนไหวสำรวจและปีนป่ายวิ่งอย่างอิสระและจูงมือลูกเดินขึ้นบันได โดยวางของเล่นไว้บนบันไดขั้นบนสุด เพื่อชักชวนให้ลูกเดินขึ้นบันได



- ♥ ทุบของ ทุบเฟอร์นิเจอร์ต่างๆ
- ♥ โต๊ะ เก้าอี้ ตู้ ชั้นวางของ ซึ่งไว้วางเคาะของเมื่อเด็กปีนป่าย ควรใช้อุปกรณ์ยึดติดกับกำแพง เพื่อป้องกันการล้มคว่ำทับเด็ก
- ♥ ไม่ควรให้เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี โดยสารรถจักรยานยนต์
- ♥ ถ้าเด็กอายุมากกว่า 2 ปี ให้สวมหมวกนิรภัยที่ได้มาตรฐานทุกครั้งที่ได้โดยสารรถจักรยานยนต์
- ♥ จำกัดพื้นที่ให้เด็กเล่นในที่ปลอดภัย ห่างไกลแหล่งน้ำ

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

อายุ	พัฒนาการตามวัย	วิธีการส่งเสริมให้ลูกทำได้
อายุ 19-24 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> แสดงอารมณ์ต่างๆ เช่น กลัว โกรธ อิจฉา เห็นใจ ใช้ช้อนตักอาหารกินได้เอง หักเพียงเล็กน้อย พูด 2 คำ ต่อกันอย่างมีความหมายหรือพูดคำที่มีความหมายอย่างน้อย 50-100 คำ และโต้ตอบได้เข้าใจ เปิดหนังสือได้ที่หน้า ชีตเขียนเล่นยุ่งๆ เตะบอล ยืนก้มเก็บของได้ไม่ล้ม 	<ul style="list-style-type: none"> พูดคุยให้ลูกรู้ขณะนี้ลูกมีอาการอย่างไร เช่น โกรธ ดีใจ หัดให้ลูกทำกิจวัตรประจำวันง่ายๆ เช่น ถอดเสื้อผ้าเอง ฝึกขับถ่ายให้เป็นที ล้างมือก่อนกินอาหาร แปรงฟัน หมั่นพูดคุยโต้ตอบกับลูกเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังทำด้วยคำพูดที่ชัดเจน สอนให้รู้จักทักทาย ขอบคุณ ขอโทษ เล่านิทานสั้นๆ ประกอบภาพหรือท่าทาง และชี้ชวนให้ลูกเปิดหาภาพในหนังสือ เปิดโอกาสให้ลูกได้ขีดเขียนเล่น ให้ลูกได้วิ่งเล่นออกกำลังกายโดยทำให้ลูกดูเป็นตัวอย่าง
อายุ 25-30 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> เล่นสมมุติ, ต่อต้านเมื่อถูกบังคับ ช่วยทำงานบ้านง่ายๆ และถอดเสื้อผ้าได้เอง พูดคุยโต้ตอบเป็นประโยคสั้นๆ ได้ ชี้หรือทำตามคำบอก เช่น ชื่อ อวัยวะ อย่างน้อย 6 ส่วน หรือรูปภาพ ขีดเขียนเป็นเส้นแนวๆ เดินขึ้นบันไดได้เอง 	<ul style="list-style-type: none"> ให้ลูกมีโอกาสตัดสินใจและทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง โดยพ่อแม่ดูและความปลอดภัยและเหมาะสม ขณะพ่อแม่ทำงานบ้าน ควรชวนให้ลูกทำตาม พูดคุยอธิบายและเปรียบเทียบจากสิ่งรอบตัว เช่น แม่ไก่ตัวใหญ่ ลูกไก่ตัวเล็ก เล่านิทานและร้องเพลงกับลูก ให้ลูกขีดเขียนอย่างอิสระ และพูดคุยถึงสิ่งที่วาดและรูปทรงต่างๆ เช่น ลูกบอลกลมกลิ้งสี่เหลี่ยม ฝึกให้ลูกเดินขึ้นบันได โดยจับราวเอง และมีผู้ใหญ่ดูอย่างใกล้ชิด



♥ เก็บยาและสารพิษต่างๆ ในบ้านให้มิดชิดและพ้นมือเด็ก

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

อายุ	พัฒนาการตามวัย	วิธีการส่งเสริมให้ลูกทำได้
อายุ 31-36 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> รู้จักรอคอย เล่นสมมุติเป็นเรื่องต่อเนื่องกัน ถอดและใส่เสื้อผ้าโดยต้องช่วยบ้าง บอกได้เมื่อจะถ่ายอุจจาระ บอกชื่อตนเองได้ พูดให้คนอื่นเข้าใจความหมายได้ รู้จักซักถาม ขอบฟังนิทานและเข้าใจเรื่องราว เข้าใจใหญ่-เล็ก สั้น-ยาว เพศชาย-เพศหญิง มาก-น้อย เลียนแบบ ลากเส้นแนวตั้ง กระโดดอยู่กับที่ โยนลูก บอลไปข้างหน้าโดยยกแขนสูง 	<ul style="list-style-type: none"> ให้ลูกได้อยู่ใกล้ชิด เรียนรู้และเล่นกับสมาชิกในครอบครัวทั้งหญิงและชาย ค่อยๆ ฝึกให้ลูกช่วยตัวเองในการกินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว จนลูกสามารถทำได้เองและให้ลูกบอกเวลาจะถ่ายอุจจาระ พูดคุยกับลูกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ลูกเล่าเรื่องต่างๆ รับฟังและตอบคำถามของลูกด้วยความสนใจ ให้ลูกขีดเขียนอย่างอิสระและพูดคุยถึงสิ่งที่วาดแม่ลากเส้นตามแนวตั้งให้ลูกดูแล้วให้ลูกทำตามให้ต่อภาพ 3-4 ชิ้น สอนให้รู้จักขนาดใหญ่-เล็ก สั้น-ยาว มาก-น้อย โยนบอลเบาๆ เล่นกับลูก
อายุ 37-48 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> แสดงความเป็นอิสระ อยากลองทำด้วยตนเอง เล่นรวมกลุ่มอย่างมีกติกาง่ายๆ บอกได้เมื่อจะบัสสวะและไปห้องส้วมได้เอง บอกได้อย่างน้อย 1 สี และพูดเล่าเรื่องให้คนอื่นเข้าใจเกือบทั้งหมด เขียนรูปร่างกลมตามแบบได้ รู้จักจำนวน 1-3 ชิ้น เดินลงบันไดสลับเท้าและยืนขาเดียวได้ชั่วคราว 	<ul style="list-style-type: none"> เปิดโอกาสให้ลูกลองทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง โดยพ่อแม่ดูความปลอดภัยและเหมาะสม ให้ลูกเล่นกับเด็กอื่น โดยมีกติกาง่ายๆ ฝึกให้รู้จักรอคอยและช่วยเหลือผู้อื่น ฝึกให้ลูกไปห้องส้วมเอง ทำความสะอาดร่างกาย และให้ล้างมือทุกครั้งก่อนกินอาหารและหลังเข้าห้องส้วม พูดคุยกถาม-ตอบ สนับสนุนให้ลูกสังเกตสิ่งรอบตัวและเล่าเรื่องตามที่พบเห็น



♥ อย่าปล่อยให้เด็กเล่นตามลำพังกับสุนัข แมว และหรือสัตว์เลี้ยงอื่น ๆ

♥ ให้เด็กสวมเสื้อชูชีพเมื่อเดินทาง ทางน้ำหรือว่ายน้ำ

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

อายุ	พัฒนาการตามวัย	วิธีการส่งเสริมให้ลูกทำได้
อายุ 37-48 เดือน		<ul style="list-style-type: none"> ♥ ฝึกให้จับดินสอขีดเขียน ให้ลูกวาดวงกลมและสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัว ชมเชยเมื่อลูกทำได้ สอนให้รู้จักจำนวน 1-3 ♥ ให้ลูกฝึกลงบันไดเอง และพ่อแม่ดูแลให้ปลอดภัย
อายุ 49-60 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> □ รู้จักไหว้ทำความเคารพ ขอบคุนและขอโทษ เล่นสมมุติโดยใช้จินตนาการ □ แต่งตัวและติดกระดุมเอง □ เข้าใจและอธิบายเหตุผลง่ายๆ ขอบถามคำถาม □ นับและรู้จักจำนวน 1-5 บอกลี รู้จักตัวอักษร □ จับดินสอได้ถูกต้องและวาดรูปคนอย่างง่ายๆ หรือวาดรูปสี่เหลี่ยม □ กระโดดขาเดียวได้ 2-3 ครั้ง ติดต่อกัน 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ ฝึกมารยาทสังคมให้ลูก ให้ลูกเล่นกับเพื่อนๆ ♥ ให้ลูกมีโอกาสเลือกเสื้อผ้าแต่งตัว และติดกระดุมเองทุกครั้ง ♥ พ่อแม่ควรมีเหตุผลกับลูก เช่น อธิบายเหตุผลว่าทำไมจึงไม่ให้เล่น และสอนว่าควรแก้ปัญหาอย่างไร ♥ ฝึกหัดนับสิ่งของ หยิบของตามจำนวน ชี้ชวนให้ลูกดูสิ่งของต่างๆ รอบตัว พร้อมกับบอกลีและสนับสนุนให้ลูกแสดงความรู้สึกนึกคิดพร้อมทั้งอ่านหนังสือให้ฟัง ♥ สังเกตการจับดินสอของลูก และจับแบบถูกต้องให้ดูเป็นตัวอย่าง วาดรูปสี่เหลี่ยมให้ลูกดูและวาดตาม ♥ เล่นเกมส์แข่งขาเดียว โดยให้ลูกกระโดดขาเดียวไล่จับผู้อื่น เล่นตั้งเก

- ♥ อย่าทิ้งเด็กไว้ในรถคนเดียว
- ♥ เครื่องเล่นในสนามเด็กเล่นต้องปลอดภัย เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากเครื่องเล่นล้มทับและ การขลัดตกจากที่สูง
- ♥ อย่าปล่อยให้เด็กเล่นตามลำพัง



อายุ 49-60 เดือน



การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

อายุ	พัฒนาการตามวัย	วิธีการส่งเสริมให้ลูกทำได้
อายุ 61-72 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> □ ทำงานบ้านง่ายๆ ปฏิบัติตามเกณฑ์และข้อตกลง □ ช่วยจัดโต๊ะอาหารโดยตักข้าวรินน้ำเอง □ รู้ซ้าย-ขวา-บน-ล่าง-หน้า-หลัง รู้จำนวน 1-10 ขึ้น อ่านตัวอักษรและสะกด □ วาดสามเหลี่ยมและเขียนตัวอักษรง่ายๆ □ ใช้สองมือรับลูกบอล 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ ฝึกให้ลูกช่วยทำงานบ้านตามกำลังให้ช่วยเหลือนเองในกิจวัตรประจำวัน ชมเชยเมื่อลูกให้ความร่วมมือและมีน้ำใจ และหัดสังเกตความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่น ♥ ฝึกให้ลูกช่วยจัดโต๊ะอาหาร ขณะจะกินอาหาร ♥ ฝึกหัดนับสิ่งของและหยิบของตามจำนวน สอนให้รู้จักตำแหน่งต่างๆ เช่น ซ้าย-ขวา หน้า-หลัง ฯลฯ ร้องเพลงกับลูก เล่านิทานและอ่านหนังสือกับลูก ♥ ฝึกให้ลูกวาดรูปทรงต่างๆ หัดเขียนตัวอักษร วาดรูปตามจินตนาการ และระบายสี ♥ เล่นรับ-ส่งลูกบอล และเล่นเดินเป็นเส้นตรง



- ♥ สอนเด็กให้ว่ายน้ำเป็นและวิทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ
- ♥ ให้เด็กสวมหมวกนิรภัยที่ได้มาตรฐานทุกครั้งเมื่อโดยสารรถจักรยานยนต์
- ♥ ให้เด็กนั่งที่นั่งนิรภัยที่เบาะด้านหลัง เมื่อโดยสารรถยนต์
- ♥ ห้ามเด็กข้ามถนนโดยลำพัง

ความเสี่ยงและคำแนะนำ ป้องกัน การบาดเจ็บในเด็กปฐมวัย

1. การพลัดหกล้ม การชนกระแทก

- ♥ ไม่วางเด็กไว้บนที่สูง เช่น เติง โต๊ะ โซฟา โดยลำพัง
- ♥ รถหัดเดิน ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ เพราะทำให้เดินช้า และพลิกคว่ำ ตกที่สูงได้ง่าย
- ♥ ควรมีประตูกันที่บันได เปิดเข้าหาตัวได้ทิศทางเดียวและปิดกลอนไว้เสมอ ที่กันควรสูงกว่าตัวเด็ก
- ♥ ชีวราบันได และซี่ลูกกรงระเบียงต้องมีช่องห่างไม่เกิน 9 เซนติเมตร เพื่อไม่ให้ลำตัวและศีรษะเด็กรอดได้
- ♥ หน้าต่างต้องอยู่สูงจากพื้นประมาณ 1 เมตร เพื่อป้องกันเด็กปีนป่ายเอง
- ♥ ควรใส่อุปกรณ์กันกระแทกที่มุมขอบเฟอร์นิเจอร์ และใช้อุปกรณ์ป้องกัน ประตูหนีมือ
- ♥ โต๊ะ ทวี ตู้ ชั้นวางของ หากไม่มั่นคงพอเมื่อเด็กโหนหรือปีนป่าย ควรใช้อุปกรณ์ยึดติดกับกำแพงเพื่อป้องกันการล้มคว่ำทับเด็ก
- ♥ หมั่นตรวจสอบประตูรั้วบ้าน โดยเฉพาะประตูเลื่อนที่มีน้ำหนักมาก เพื่อป้องกันการล้มทับเด็กหากเด็กปีนป่าย

2. การเขย่าตัวเด็ก และโยนตัวเด็ก

- ♥ ห้ามทำ อาจทำให้เกิดเลือดออกในสมอง และประสาทตา ทำให้สมองพิการ ตาบอด หรือเสียชีวิตได้
- ♥ ผู้มีอารมณ์โกรธ หงุดหงิด ไม่ควรเลี้ยงเด็กตามลำพัง

3. การอุดตันทางเดินหายใจ

- ♥ อย่าปล่อยให้เด็กเล่นสิ่งของชิ้นเล็กตามลำพัง แม้เพียงชั่วขณะเพื่อไม่ให้นำเข้าปาก จมูก
- ♥ อย่าให้อาหารชิ้นแข็ง เช่น ถั่ว ข้าวโพด หรืออาหารขนาดใหญ่ที่เคี้ยวได้ยาก เช่น ไส้กรอก
- ♥ อย่าวางถุงพลาสติกใกล้ตัวเด็ก เพื่อป้องกันเด็กใช้สวมศีรษะหรือกลืนกิน
- ♥ หัวนมหลอกหรือจุกนมยาง ไม่มีความจำเป็น หากจะใช้ต้องเลือกแบบที่ได้มาตรฐาน และห้ามใช้สายคล้องคอเด็ก อาจทำให้รัดคอเด็กจนขาดอากาศหายใจได้
- ♥ กริ่งกริ่ง ต้องมีปลายทั้งสองด้านที่ใหญ่ มากกว่า 3.5x5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันเด็กเอาเข้าปาก ซึ่งจะกระตุ้นให้เด็กอาเจียนและสำลักได้
- ♥ ของเล่นฝึกการขบเคี้ยว ควรเลือกที่มีมาตรฐานรับรอง และล้างทำความสะอาดทุกครั้ง
- ♥ ของเล่นเด็ก ต้องมีขนาดไม่เล็กกว่าทรงกระบอก ที่มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 3.17 เซนติเมตร ยาว 5.70 เซนติเมตร
- ♥ เด็กอายุน้อยกว่า 4 ปี ไม่ควรให้เล่นลูกโป่งที่ยังไม่เป่า หรือเศษลูกโป่งที่แตกแล้ว
- ♥ อย่าให้เด็กเล่นของเล่นที่มีสายยาว มีเชือกคล้องคอ อาจรัดคอเด็กได้

4. การนอนของเด็ก

- ♥ ควรแยกที่นอนหรือเตียงเฉพาะสำหรับเด็ก โดยเบาะเด็กต้องไม่นุ่มเกินไป
- ♥ ใช้ที่นอนบาง แข็งพอสมควร ใช้หมอนบางใบเล็ก
- ♥ หากเด็กนอนบนพื้น ควรอยู่ห่างจากสิ่งของที่อาจพลิกคว่ำทับตัวเด็กได้
- ♥ ควรให้เด็กนอนหงาย การนอนคว่ำอาจเกิดการกดทับปากและจมูกได้
- ♥ เปลหรือเตียงเด็กควรมีซี่ราวกันตกและซี่ราวต้องห่างกันไม่เกิน 6 เซนติเมตร ทุกด้าน มุมเสาไม่มีส่วนยื่นเกินกว่า 1.5 มิลลิเมตร เบาะที่นอนห่างจากซี่ราวแต่ละด้านไม่เกิน ด้านละ 3 เซนติเมตร

5. ความร้อนลวกและอันตรายจากไฟฟ้า

- ♥ อย่าอุ้มเด็ก หรือให้เด็กนั่งตักขณะถือของร้อน
- ♥ ติดตั้งปลั๊กไฟสูง 1.5 เมตร ให้พ้นมือเด็กหรือใช้อุปกรณ์ครอบปลั๊กไฟ
- ♥ อย่าวางของร้อน เช่น หม้อแกง บนพื้นหรือบนโต๊ะที่มีผ้าปูโต๊ะห้อยชาย
- ♥ ควรมีประตูกัน ไม่ให้เด็กเข้าในห้องครัวตามลำพัง
- ♥ เก็บสายไฟกาน้ำร้อนให้พ้นมือเด็ก
- ♥ ต่อดินและเครื่องตัดไฟอัตโนมัติ

6. สัตว์กัด

- ♥ อย่าปล่อยให้เด็กอยู่ตามลำพังกับสุนัข แมว หรือสัตว์เลี้ยงอื่นๆ
- ♥ นำสุนัข แมวที่เลี้ยงไว้ไปฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า ตามกำหนดทุกครั้ง
- ♥ สอนเด็กไม่ให้รังแกสัตว์ เช่น ดึงหู ดึงหาง แย่งจานอาหาร หรือของเล่นของสัตว์
- ♥ สอนเด็กไม่ให้เล่นกับสุนัข แมว ที่ไม่รู้จัก หรือลูกสุนัข ลูกแมวที่มีแม่อยู่ด้วย
- ♥ ดูแลบริเวณบ้านอย่าให้แมลงหรือสัตว์มีพิษมาทำรัง เช่น ผึ้ง ต่อ แตน ตะขาบ มดแดง



7. อุบัติเหตุจากรถ

- ♥ ไม่ควรให้เด็กอายุน้อยกว่า 9 เดือน โดยสารรถจักรยาน
- ♥ ไม่ควรให้เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี โดยสารรถจักรยานยนต์
- ♥ ถ้าเด็กอายุมากกว่า 2 ปี ให้สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งเมื่อโดยสารรถจักรยาน หรือจักรยานยนต์
- ♥ รถยนต์ ควรติดที่นั่งสำหรับเด็กที่เบาะนั่งด้านหลัง (ถ้าเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ให้หันหน้าเด็กไปด้านหลังรถ) หากเป็นรถไม่มีเบาะหลัง ให้ติดที่นั่งเด็กข้างเบาะคนขับ และห้ามใช้ถุงลมนิรภัย
- ♥ อย่าทิ้งเด็กไว้ในรถคนเดียว
- ♥ ก่อนถอยรถหรือออกรถให้สำรวจทุกครั้งว่าไม่มีเด็กอยู่ใกล้รถ
- ♥ เลือกหมวกที่มีมาตรฐานอุตสาหกรรม(มอก.)

- ♥ การโดยสารรถจักรยานสำหรับเด็กอายุมากกว่า 9 เดือน ต้องมีที่นั่งพิเศษยึดติดกับรถอย่างแข็งแรง มีเข็มขัดยึดเด็กติดกับที่นั่ง มีที่วางเท้าป้องกันเท้าเข้าซี่ล้อ และเด็กควรสวมหมวกนิรภัย

8. การจมน้ำ

- ♥ ห้ามปล่อยเด็กไว้ลำพังในอ่างน้ำ กะละมัง แม้เพียงชั่วขณะ ระดับน้ำเพียง 5 ซม. ก็อาจทำให้เด็กจมน้ำได้
- ♥ จำกัดพื้นที่ให้เด็กเล่นอยู่ในที่ปลอดภัย ไม่สามารถเข้าใกล้แหล่งน้ำได้เอง
- ♥ เด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน สามารถสอนให้รู้จักอันตรายและหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้แหล่งน้ำ
- ♥ เด็กอายุ 2 ปี ควรสอนให้พยุงตัวเมื่อตกน้ำ และว่ายน้ำระยะสั้นๆ ได้
- ♥ เด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไปควรสวมเสื้อชูชีพเมื่อเดินทางทางน้ำ
- ♥ เด็กอายุ 6 ปี หรือ 72 เดือน ควรว่ายน้ำเป็น ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ
- ♥ เทน้ำจากภาชนะใส่ น้ำ หากฝาปิดภาชนะใส่ น้ำ

9. ยา สารเคมี และสารพิษ

- ♥ เก็บยา สารเคมีและสารพิษต่างๆ ในบ้านที่อาจก่อกวนแก่เด็กได้ ให้มิดชิดและเด็กไม่สามารถจะหยิบได้เอง มีฝาปิดแบบปลอดภัย
- ♥ ไม่นำเอาสารพิษใส่ภาชนะที่มีลักษณะคล้ายกับภาชนะที่บรรจุอาหาร เครื่องดื่ม เช่น ขวดน้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง และไม่วางอยู่ที่เดียวกับที่วางอาหารและเครื่องดื่ม
- ♥ เมื่อมีสารพิษที่หลือใช้ ควรทิ้งให้หมด ไม่ควรเก็บไว้ในบ้าน

10. การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง

- ♥ การช่วยเหลือ เมื่อเด็กสำลักของเข้าไปอุดตันทางเดินลมหายใจ ให้นำส่งโรงพยาบาลทันที
- ♥ การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเด็กถูกความร้อนลวกให้ใช้น้ำเย็นหรือน้ำสะอาดแช่ล้างแผลเพื่อลดความร้อน แล้วใช้ผ้าสะอาดปิดแผลก่อนส่งพบแพทย์ ห้ามทาแผลด้วยน้ำปลา ยาสีฟันหรืออื่นๆ เพราะจะทำให้ติดเชื้อได้
- ♥ การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดจมน้ำ ให้ใช้วิธีเป่าปาก และกระตุ้นการเต้นของหัวใจแล้วนำส่งโรงพยาบาลทันที ห้ามอุ้มเด็กพาดบ่า กระโดดวิ่งรอบสนาม หรือวางบนกระเพาะคว่ำแล้วรีดน้ำออกเพราะจะยิ่งทำให้เด็กขาดอากาศหายใจนานขึ้น
- ♥ หากเด็กกินสารพิษ ให้ติดต่อศูนย์พิษวิทยา หมายเลขโทรศัพท์ 02-201-1083, 02-246-8282 เพื่อขอรับคำแนะนำในการปฐมพยาบาลอย่างถูกวิธี และรีบส่งโรงพยาบาล

(เรียบเรียงจากเอกสาร รศ.นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี)

เน้นย้ำความปลอดภัยเด็กไทย ไม่ขาดเจ็บ

บันทึกการได้รับวัคซีนป้องกันโรค (เจ้าหน้าที่บันทึก)

วัคซีน	อายุที่ควรได้รับ	วัน เดือน ปี/สถานที่ได้รับวัคซีน		
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
♥ ฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค(BCG)	■ แรกเกิด			
♥ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB)	■ แรกเกิด ■ 1 เดือน(เฉพาะรายที่แม่เป็นพาหะ)			
♥ กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ(OPV)	■ 2 เดือน			
♥ ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ตับอักเสบบี (DTP-HB)	■ 4 เดือน ■ 6 เดือน			
♥ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน(MMR)	■ 9 เดือน ■ 7 ปี (ชั้น ป. 1)			
♥ กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ(OPV)	■ 1 ปีครึ่ง			
♥ ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน(DTP)	■ 4 ปีครึ่ง			
♥ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบ(เจอี) JE	■ 1 ปีครึ่ง(ฉีด 2 เข็มห่างกัน 1 เดือน) ■ 2 ปีครึ่ง			
♥ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก(dT)	■ 12 ปีครึ่ง(ชั้น ป.6)			
♥ วัคซีน.....				
♥ วัคซีน.....				
♥ วัคซีน.....				
♥ วัคซีน.....				

หมายเหตุ

1. หากไม่สามารถพาเด็กไปรับวัคซีนได้ตามกำหนด โปรดนำเด็กพร้อมสมุดเล่มนี้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเร็ว
2. ตามแผนงานของกระทรวงสาธารณสุขจะให้วัคซีนแก่เด็กนักเรียนทุกคน ดังนี้
 - 2.1 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน เป็นครั้งที่ 2
 - 2.2 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก
3. โปรดเก็บรักษาสมุดบันทึกสุขภาพเล่มนี้ไว้ตลอดไปเพื่อประโยชน์ในการป้องกันโรครวมทั้งเข้าเรียนและสมัครงานในอนาคต

ที่มา: ข้อมูลสำนักโรคติดต่อทั่วไป

วันนัดตรวจสุขภาพครั้งต่อไป



วัน เดือน ปี	เวลา	รายการ	สถานที่นัด
.....	■ วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB) (เฉพาะรายที่แม่เป็นพาหะ)
.....	■ วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV)
.....	■ วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ตับอักเสบบี (DTP-HB)
.....	■ วัคซีนรวมป้องกันโรค หัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR)
.....	■ กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV)
.....	■ ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (DTP)
.....	■ วัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบเจอี (JE)
.....	■ ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรค คอตีบ บาดทะยัก (dT)
.....	■
.....	■
.....	■
.....	■
.....	■
.....	■
.....	■

ท.ร. 1/1 ตอนที่ 1 นายทะเบียนผู้รับแจ้งเกิดเด็กเก็บไว้เป็นหลักฐาน
ห้ามกรอกข้อมูล ด้วยตนเองในหนังสือรับรองการเกิด
(ใช้เฉพาะเจ้าหน้าที่)



ท.ร. 1/1 ตอนที่ 1

หนังสือรับรองการเกิด

สถานที่ออกหนังสือรับรอง ก. ชื่อสถานพยาบาล _____

ข. บ้านเลขที่ _____ ถนน _____ หมู่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

ที่ _____ / _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1 เด็กที่ เกิด	1.1 ชื่อตัว เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>		ชื่อสกุล <input type="text"/>		1.2 เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	1.3 สัญชาติ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) _____		
	1.4 เกิดเมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ณ สถานพยาบาล _____				เวลา _____ น. <input type="checkbox"/> ขึ้น <input type="checkbox"/> ต่ำ <input type="checkbox"/> แรม <input type="checkbox"/> ค่ำ	ตรงกับวัน _____	เดือน _____ ปี _____	
	1.5 ชื่อสถานที่ที่เกิด		บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน		ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด _____			
2 สถานภาพ ของครอบครัว	บิดา	2.1 ชื่อตัว เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>		ชื่อสกุล <input type="text"/>		มารดา	2.2 ชื่อตัว เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>	
	บุตร	2.3 เป็นบุตรลำดับที่ _____ <input type="checkbox"/>		2.4 จำนวนบุตรทั้งหมดมี _____ คน ยังมีชีวิตอยู่ _____ คน คลอดแล้วตาย _____ คน ตายในครรภ์ _____ คน				
3 ผู้ทำคลอด	3.1 เป็น หมอตำแย <input type="checkbox"/> ผดุงครรภ์ <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/> พนักงานอนามัย <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> แพทย์แผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ <input type="checkbox"/>		ระบุ _____					
	3.2 ชื่อตัว ชื่อสกุล <input type="text"/>		3.3 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด _____					
4 เด็กที่ เกิด	4.1 เกิดเดี่ยว <input type="checkbox"/>	4.2 เกิดแฝด <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> สาม <input type="checkbox"/> สี่		4.3 เกิดแฝดลำดับที่ หนึ่ง <input type="checkbox"/> สอง <input type="checkbox"/> สาม <input type="checkbox"/> สี่ <input type="checkbox"/>				
	4.4 อยู่ในครรภ์นาน _____ เดือน _____ สัปดาห์		4.5 น้ำหนักเด็ก _____ กรัม		4.6 <input type="checkbox"/>			
	4.6 บาดเจ็บเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มี คือ _____		4.7 ร่างกายวิปริตมาแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มี คือ _____		4.8 <input type="checkbox"/>			
5 การเจ็บป่วยของ มารดา	5.1 เจ็บป่วยเนื่องจากการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มี คือ _____		5.2 เจ็บป่วยไม่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มี คือ _____		5.3 <input type="checkbox"/>			
	5.3 เจ็บป่วยเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มี คือ _____		5.4 ทำคลอดโดยวิธีพิเศษ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มี คือ _____		5.4 <input type="checkbox"/>			
ลงชื่อ _____ ผู้ทำคลอด (_____)				ลงชื่อ _____ ผู้ออกหนังสือ (_____) รับรองการเกิด				
ลงชื่อ _____ นายทะเบียนผู้รับแจ้งการเกิด (_____)				ลงชื่อ _____ เจ้าบ้านผู้มอบอำนาจ (_____) ให้ไปแจ้งการเกิด				
นายทะเบียน				ลงชื่อ _____ ผู้รับมอบอำนาจให้ไป (_____) ดำเนินการแจ้งการเกิด				
เลขที่ <input type="text"/>		จังหวัด <input type="text"/>		เลขที่ <input type="text"/>		วัน เดือน ปี <input type="text"/>		
วัน เดือน ปี <input type="text"/>		เลขควบคุม <input type="text"/>						

ท.ร. 1/1 ตอนที่ 3 คงอยู่ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
ห้ามกรอกข้อมูล ด้วยตนเองในหนังสือรับรองการเกิด
(ใช้เฉพาะเจ้าหน้าที่)



ท.ร. 1/1 ตอนที่ 3

หนังสือรับรองการเกิด

สถานที่ออกหนังสือรับรอง ก. ชื่อสถานพยาบาล _____
 ข. บ้านเลขที่ _____ ถนน _____ หมู่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____
 ที่ _____ / _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1 เด็กที่ เกิด	1.1 ชื่อตัว เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>		ชื่อสกุล <input type="text"/>		1.2 เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	1.3 สัญชาติ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) _____		
	1.4 เกิดเมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ณ สถานพยาบาล _____				เวลา _____	ตรงกับวัน _____	เดือน _____ ปี _____	
	1.5 ชื่อสถานที่ที่เกิด		บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน		ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด _____			
2 สถานภาพ ของครอบครัว	บิดา	2.1 ชื่อตัว เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>		ชื่อสกุล <input type="text"/>		มารดา	2.2 ชื่อตัว เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>	
	บุตร	2.3 เป็นบุตรลำดับที่ _____ <input type="checkbox"/>		2.4 จำนวนบุตรทั้งหมดมี _____ คน ยังมีชีวิตอยู่ _____ คน คลอดแล้วตาย _____ คน ตายในครรภ์ _____ คน				
3 ผู้ทำคลอด	3.1 เป็น _____ หมอตำแย <input type="checkbox"/> ผดุงครรภ์ <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/> พนักงานอนามัย <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> แพทย์แผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ <input type="checkbox"/>		ระบุ _____					
	3.2 ชื่อตัว ชื่อสกุล <input type="text"/>		3.3 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด _____					
4 เด็กที่ เกิด	4.1 เกิดเดี่ยว <input type="checkbox"/>		4.2 เกิดแฝด <input type="checkbox"/>		4.3 เกิดแฝดลำดับที่ หนึ่ง <input type="checkbox"/> สอง <input type="checkbox"/> สาม <input type="checkbox"/> สี่ <input type="checkbox"/>			
	4.4 อยู่ในครรภ์นาน _____ เดือน สัปดาห์ _____		4.5 น้ำหนักเด็ก _____ กรัม <input type="text"/>					
	4.6 บาดเจ็บเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		4.7 ร่างกายวิปริตมาแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>					
5 การเจ็บป่วยของ มารดา	5.1 เจ็บป่วยเนื่องจากการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		5.2 เจ็บป่วยไม่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>					
	5.3 เจ็บป่วยเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		5.4 ทำคลอดโดยวิธีพิเศษ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>					
ลงชื่อ _____ ผู้ทำคลอด (_____) ลงชื่อ _____ นายทะเบียนผู้รับแจ้งการเกิด (_____) นายทะเบียน				ลงชื่อ _____ ผู้ออกหนังสือ (_____) รับรองการเกิด ลงชื่อ _____ เจ้าบ้านผู้มอบอำนาจ (_____) ให้ไปแจ้งการเกิด ลงชื่อ _____ ผู้รับมอบอำนาจให้ไป (_____) ดำเนินการแจ้งการเกิด				
เลขที่ <input type="text"/>		จังหวัด <input type="text"/>		วัน เดือน ปี <input type="text"/>				
		เลขควบคุม <input type="text"/>						

ท.ร. 1/1 ตอนที่ 2 สถานพยาบาลฉีกเก็บไว้กับทะเบียนคนไข้
ห้ามกรอกข้อมูล ด้วยตนเองในหนังสือรับรองการเกิด
(ใช้เฉพาะเจ้าหน้าที่)



ท.ร. 1/1 ตอนที่ 2

หนังสือรับรองการเกิด

สถานที่ออกหนังสือรับรอง ก. ชื่อสถานพยาบาล _____

ข. บ้านเลขที่ _____ ถนน _____ หมู่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

ที่ _____ / _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1 เด็กที่ เกิด	1.1 ชื่อตัว เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>		ชื่อสกุล <input type="text"/>		1.2 เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	1.3 สัญชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) _____	
	1.4 เกิดเมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ณ สถานพยาบาล _____				เวลา _____	ตรงกับวัน _____	เดือน _____ ปี _____
	1.5 ชื่อสถานที่ที่เกิด		บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน		ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด _____		
2 สถานภาพ ของครอบครัว	บิดา	2.1 ชื่อตัว เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>		ชื่อสกุล <input type="text"/>		มารดา	
	บุตร	2.3 เป็นบุตรลำดับที่ _____ <input type="checkbox"/>		2.4 จำนวนบุตรทั้งหมดมี _____ คน ยังมีชีวิตอยู่ _____ คน คลอดแล้วตาย _____ คน ตายในครรภ์ _____ คน			
3 ผู้ทำคลอด	3.1 เป็น		หมอดำแย	ศุภครุ	ผู้ช่วยพยาบาล	พนักงานอนามัย	พยาบาล
	3.2 ชื่อตัว เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>		ชื่อสกุล <input type="text"/>		3.3 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด _____		
4 เด็กที่ เกิด	4.1 เกิดเดี่ยว <input type="checkbox"/>		4.2 เกิดแฝด <input type="checkbox"/>		4.3 เกิดแฝดลำดับที่ หนึ่ง <input type="checkbox"/> สอง <input type="checkbox"/> สาม <input type="checkbox"/> สี่ <input type="checkbox"/>		
	4.4 อยู่ในครรภ์นาน _____ เดือน สัปดาห์ _____		4.5 น้ำหนักเด็ก _____ กรัม		4.6 บาดเจ็บเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		
	4.6 บาดเจ็บเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		4.7 ร่างกายวิปริตมาแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		4.7 ร่องกายวิปริตมาแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		
5 การเจ็บป่วยของ มารดา	5.1 เจ็บป่วยเนื่องจากการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		5.2 เจ็บป่วยไม่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		5.3 เจ็บป่วยเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		
	5.3 เจ็บป่วยเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		5.4 ทำคลอดโดยวิธีพิเศษ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		5.4 ทำคลอดโดยวิธีพิเศษ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/>		
ลงชื่อ _____ ผู้ทำคลอด (_____)				ลงชื่อ _____ ผู้ออกหนังสือ (_____) รับรองการเกิด			
ลงชื่อ _____ นายทะเบียนผู้รับแจ้งการเกิด (_____)				ลงชื่อ _____ เจ้าบ้านผู้มอบอำนาจ (_____) ให้ไปแจ้งการเกิด			
นายทะเบียน				ลงชื่อ _____ ผู้รับมอบอำนาจให้ไป (_____) ดำเนินการแจ้งการเกิด			
เลขที่ <input type="text"/>		จังหวัด <input type="text"/>		วัน เดือน ปี <input type="text"/>		เลขควบคุม <input type="text"/>	

๑	๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑	๓๒	๓๓	๓๔	๓๕	๓๖	๓๗	๓๘	๓๙	๔๐	๔๑	๔๒	๔๓	๔๔	๔๕	๔๖	๔๗	๔๘	๔๙	๕๐
๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑	๓๒	๓๓	๓๔	๓๕	๓๖	๓๗	๓๘	๓๙	๔๐	๔๑	๔๒	๔๓	๔๔	๔๕	๔๖	๔๗	๔๘	๔๙	๕๐	
๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑	๓๒	๓๓	๓๔	๓๕	๓๖	๓๗	๓๘	๓๙	๔๐	๔๑	๔๒	๔๓	๔๔	๔๕	๔๖	๔๗	๔๘	๔๙	๕๐	
๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑	๓๒	๓๓	๓๔	๓๕	๓๖	๓๗	๓๘	๓๙	๔๐	๔๑	๔๒	๔๓	๔๔	๔๕	๔๖	๔๗	๔๘	๔๙	๕๐	

นางสาว...
 ม.ร. 1/1 ๑๑๓๖ 3
 ม.ร. 1/1 ๑๑๓๖ 3
 ม.ร. 1/1 ๑๑๓๖ 3
 ม.ร. 1/1 ๑๑๓๖ 3

ที่ มท. 0310.1/3944

กรมการปกครอง
 ถนนอัษฎางค์ กท 10200
 12 กุมภาพันธ์ 2540

เรื่อง โครงการพัฒนาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก
 โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

เรียน อธิบดีกรมอนามัย

อ้างถึง หนังสือกรมอนามัย ด่วนที่สุด ที่ สธ. 0711.03/0442 ลงวันที่ 14 มกราคม 2540

ตามที่กรมอนามัยขออนุญาตนำแบบพิมพ์หนังสือรับรองการเกิด (ท.ร.1/1) จัดพิมพ์ไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ฉบับปรับปรุงใหม่ ดังความละเอียดเป็นที่ทราบแล้ว นั้น

กรมการปกครองได้พิจารณาแล้ว อนุญาตให้กรมอนามัยนำแบบพิมพ์หนังสือรับรองการเกิด (ท.ร.1/1) ตอนที่ 1 และตอนที่ 2 จัดพิมพ์ไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กได้ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกประชาชนและหน่วยงานซึ่งมีหน้าที่ต้องออกหนังสือรับรองการเกิด (ท.ร.1/1) ตาม พ.ร.บ. การทะเบียนราษฎร พ.ศ.2534 มาตรา 23 และสะดวกในการที่จะใช้เป็นเอกสารประกอบหลักฐานในการแจ้งการเกิดต่อสำนักทะเบียนแห่งท้องที่ที่เด็กเกิดด้วย

อนึ่ง สำหรับขั้นตอนแจ้งการย้ายที่อยู่สำหรับเด็กที่เกิด ภายหลังจากนายทะเบียนได้ออกสูติบัตรให้แล้ว เป็นหน้าที่ของนายทะเบียนจะพิจารณาจากหลักฐานสูติบัตรและภูมิลำเนาของบิดา- มารดาตามระเบียบกรมการปกครองได้กำหนดไว้เป็นสำคัญ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายชนะศักดิ์ ยูวรณ) อธิบดีกรมการปกครอง

เรียนท่านอธิบดี
 - กรมการปกครองอนุญาตให้นำแบบพิมพ์ ท.ร. 1/1 ลงในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กแล้ว
 - เพื่อโปรดทราบ

อธิบดี
 19 ม.ค. 40
 (นายวิชัย เทียนถาวร)
 ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน กรมอนามัย

สำนักงานบริหารการทะเบียน
 ส่วนการทะเบียนราษฎร
 โทร. 2812486

ทราบ
 24 ก.พ. 40
 (นายปรากรม วุฒิพงศ์)
 อธิบดีกรมอนามัย

คำแนะนำที่ต้องปฏิบัติ

หนังสือรับรองการเกิด(ท.ร. 1/1) ซึ่งผู้ทำคลอดได้ลงชื่อรับรองไว้แล้วในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเล่มนี้มิใช่สูติบัตรหรือใบแจ้งเกิด บิดาหรือมารดาของเด็กจะต้องติดต่อนายทะเบียนอำเภอหรือนายทะเบียนท้องถิ่น ณ อำเภอ กิ่งอำเภอ เทศบาล เมืองพัทยา หรือเขตต่างๆ ในกทม. ซึ่งเป็นท้องที่มีเด็กเกิด เพื่อแจ้งการเกิดของเด็ก ออกสูติบัตรและเพิ่มชื่อในทะเบียนบ้าน ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่เด็กเกิด โดยนำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเล่มนี้ พร้อมสำเนาทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้านและบัตรประจำตัวประชาชนของบิดาหรือมารดาของเด็กไปด้วย หากเกินกำหนดนี้จะมีความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎร ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 1,000 บาท

เอกสารที่ควรเตรียมไปใช้ในการแจ้งเกิดเด็ก

1. สำเนาทะเบียนบ้าน(ฉบับเจ้าบ้าน)
2. บัตรประจำตัวประชาชนของแม่และพ่อ
3. ใบสำคัญการสมรส (ถ้ามี)



ข้อคิดเพื่อสุขภาพจิตของคุณ

