Terveystietoja oppilaasta/
huoltajan ilmoitus
kouluterveydenhuollolle

Thai

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของนักเรียน/ หนังสือของผู้ปกครองแจ้งต่อพยาบาลของโรงเรียน

ชื่อโรงเรียน:

เพื่อใช้ในการตรวจสุขภาพบุตรของท่านในการเข้าโรงเรียน ทางโรงเรียนขอร้องให้ท่านกรอกแบบฟอร์มและรีบส่งไปให้พยาบาลของโรงเรียนเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ข้อมูลที่กรอกจะเก็บไว้เป็นความลับ

<table>
<tr><td rowspan="2">1 นักเรียน</td><td colspan="2">นามสกุล และ ชื่อต้น</td><td>รหัสประจำตัว</td></tr>
<tr><td colspan="2">ที่อยู่</td><td>หมายเลขโทรศัพท์ที่บ้าน</td></tr>
<tr><td rowspan="6">2 บิดา มารดา/ ผู้ปกครองที่นักเรียนอยู่ด้วย</td><td>ชื่อและปีเกิด</td><td colspan="2">อาชีพและหมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน</td></tr>
<tr><td>ภาษาแม่
☐ ฟินนิช ☐ สวีดิช ☐ อื่น ๆ</td><td colspan="2">งานที่มีรายได้นอกบ้าน
☐ ทั้งวัน ☐ เป็นกะ ☐ ตอนเย็น ☐ กลางคืน ☐ เดินทางมาก</td></tr>
<tr><td colspan="3">ญาติ-/มีความสัมพันธ์ในการเลี้ยงดูนักเรียน
☐ มารดา ☐ บิดา ☐ ปู่ ย่า ☐ ผู้ใหญ่เลี้ยงดู ☐ อื่น ๆ, ใคร:</td></tr>
<tr><td>ชื่อและปีเกิด</td><td colspan="2">อาชีพและเบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน</td></tr>
<tr><td>ภาษาแม่
☐ ฟินนิช ☐ สวีดิช ☐ อื่น ๆ</td><td colspan="2">งานที่มีรายได้นอกบ้าน
☐ ทั้งวัน ☐ เป็นกะ ☐ ตอนเย็น ☐ กลางคืน ☐ เดินทางมาก</td></tr>
<tr><td colspan="3">ญาติ-/มีความสัมพันธ์ในการเลี้ยงดูนักเรียน
☐ มารดา ☐ บิดา ☐ ปู่ ย่า ☐ ผู้ใหญ่เลี้ยงดู ☐ อื่น ๆ, ใคร:</td></tr>
<tr><td rowspan="6">3 พี่น้องของนักเรียน</td><td>ชื่อและปีเกิด</td><td>สุขภาพตอนนี้</td><td>โรงเรียน/ศูนย์สุขภาพเด็ก</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">☐ ดี ☐ ใช้ได้ ☐ ไม่ดี</td></tr>
<tr><td>4 สุขภาพของนักเรียนในปัจจุบัน</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>5 การเจ็บป่วยของนักเรียน</td><td colspan="3">ตอนนี้นักเรียนเป็นอะไร</td></tr>
<tr><td>6 ยาที่นักเรียนใช้ติดต่อกันหรือใช้ซ้ำ</td><td colspan="3">ชื่อยา</td></tr>
<tr><td>7 การแพ้สารต่าง ๆ ของนักเรียน</td><td>สาร-อาหาร
สารที่เป็นยา
สารอื่น ๆ</td><td colspan="2">ชื่อสาร</td></tr>
<tr><td>8 อาการที่นักเรียนเป็นบ่อย</td><td colspan="3">☐ เป็นหวัด ☐ คออักเสบ ☐ หายใจไม่ออก ☐ ผื่นตามผิวหนัง ☐ เป็นตะคริว
☐ ปวดศีรษะ ☐ ปวดท้อง ☐ ปวดขา ☐ ไม่อยากอาหาร ☐ ท้องผูก ☐ อ่อนเพลีย
☐ อื่น ๆ, อะไร:</td></tr>
<tr><td>9 การเจ็บป่วยและความพิการอื่นๆ ของ</td><td colspan="3">บันทึกการเจ็บป่วยที่กินเวลานาน, อุบัติเหตุ, การผ่าตัด, ความพิการและการบาดเจ็บอื่น ๆ</td></tr>
</table>

นักเรียน			
10 ประสาทตาและประสาทหูของนักเรียน	☐ ความผิดปกติของสายตา ☐ ใช้แว่นตา ☐ รักษาความผิกปกติของสายตาแล้ว, ที่ไหน:		
	☐ ความผิดปกติของหู ☐ ใช้เครื่องช่วยรับฟัง ☐ รักษาความผิดปกติของหูแล้ว, ที่ไหน:		
	☐ ความผิดปกติเวลาพูด, อะไร:	☐ แก้ไขความผิดปกติเวลาพูด, ที่ไหน:	
11 อาการอื่น ๆ ที่ปรากฏของนักเรียน	☐ ปัสสาวะราดกลางวัน ☐ ปัสสาวะราดกลางคืน ☐ อุจจาระติดกางเกง ☐ ลำบากในการปรับตัว ☐ กระสับกระส่าย ☐ ขี้อาย ☐ ดื้อ หรืองอแง ☐ แทะเล็บ ☐ หน้ากระตุก ☐ ร้องไห้ง่าย ☐ นอนหลับยาก ☐ นอนกระสับกระส่าย ☐ นอนกัดฟัน		
	กำลังรักษา/รักษาแล้ว, ที่ไหน:		
12 โรงเรียนอนุบาลที่นักเรียนอยู่ก่อนเข้าโรงเรียน	☐ มีคนเลี้ยงที่บ้าน	ชื่อผู้เลี้ยงดู/ชื่อสถานที่	
	เลี้ยงในครอบครัว ☐ ของเอกชน ☐ ของทางการ		
	โรงเรียนอนุบาล ☐ ของเอกชน ☐ ของทางการ		
	สถานดูแลเด็ก ☐ ของเอกชน ☐ ของทางการ		
13 การดูแลเด็กนอกบ้านหลังโรงเรียนเลิก	ใครเป็นผู้ดูแลเด็กนอกบ้านหลังโรงเรียนเลิก เมื่อเด็กเริ่มเข้าโรงเรียน	ชื่อผู้ดูแล/ชื่อสถานที่	
14 ศูนย์สุขภาพเด็กที่นักเรียนใช้บริการ	ชื่อศูนย์สุขภาพเด็กและตำบลที่อยู่ซึ่งเด็กไปใช้บริการครั้งหลังสุด		
15	ท่านจะอนุญาตให้เด็กของท่านได้รับการฉีดวัคซีนขั้นมูลฐานและสำหรับให้มีผลคุ้มกันพิเศษตามความจำเป็นสำหรับวัยเข้าโรงเรียนไหม ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	ถ้าแพทย์หรือพยาบาลของโรงเรียนคิดว่าจำเป็นต้องแจ้งปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กของท่านให้ครูทราบเพราะอาจจะมีผลต่อการปฏิบัติงานในโรงเรียน จะแจ้งได้ไหม ☐ ได้ ☐ ไม่ได้	ท่านมีปรัชญาพื้นฐานอื่น ๆ ของท่าน ที่ท่านหวังว่าทางโรงเรียนและการดูแลสุขภาพเด็กควรคำนึงถึงไหม ☐ มี ☐ ไม่มี
16 ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนักเรียน	ตัวอย่างเช่น สุขภาพของนักเรียน, การเดินทางไปโรงเรียน, การคมนาคม, สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว, สภาพแวดล้อมที่อยู่ ฯลฯ		
17	ท่านมีเรื่องที่ต้องการหารือกับพยาบาลของโรงเรียนเป็นการเฉพาะไหม ☐ ไม่มี ☐ มี, เรื่องอะไร:		
18 ลายมือชื่อ	สถานที่ และ วัน เดือน ปี	ลายมือชื่อของผู้ปกครอง และชื่อ นามสกุลตัวบรรจง	
19 พยาบาลของโรงเรียน	ชื่อ	หมายเลขโทรศัพท์	