



## แบบกรอกประวัติ

วันที่มารับบริการ วัน.....ที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

### 1.ประวัติทั่วไป

ชื่อ.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....เพศ  ชาย  หญิง  
สัญชาติ.....ศาสนา.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี  
สถานที่เกิด.....เป็นบุตรคนที่.....จากจำนวนพี่น้อง.....ชาย.....คน หญิง.....คน  
ชื่อบิดา.....การศึกษา.....อาชีพ.....อายุ.....ปี  
ชื่อมารดา.....การศึกษา.....อาชีพ.....อายุ.....ปี  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
.....  
โทรศัพท์.....Fax.....  
E-mail.....ผู้แนะนำมารับบริการ/สื่อที่ทราบ.....

### 2.ประวัติการตั้งครรภ์

2.1 มารดาเคยเจ็บป่วยเป็นอะไรบ้างระหว่างตั้งครรภ์

ไม่เคย  เคย ระบุโรค.....

2.2 ระยะเวลาของการตั้งครรภ์

ครบกำหนด  ก่อนกำหนด  เกินกำหนด

2.3 การคลอด

ปกติ  เจ็บท้องนานผิดปกติ  ใช้เครื่องมือช่วยในการคลอด

ผ่าตัดคลอดออกทางหน้าท้อง  มีอาการผิดปกติ

2.4 น้ำหนักแรกเกิด.....กิโลกรัม

2.5 ลักษณะเด็กเมื่อแรกเกิด

ปกติ  ตัวเขียว  ตัวเหลือง

2.6 เด็กเคยเป็นโรคติดเชื้อหรือไม่

เคย  ไม่เคย

2.7 เด็กเคยชักหรือไม่

เคย เมื่ออายุ.....ปี สถานที่รักษา.....

ไม่เคย

2.8 หลังคลอดต้องอยู่ในตู้อบหรือไม่

อยู่ นานเท่าใด.....

ไม่อยู่

อาการผิดปกติ.....  
.....  
.....

3.ประวัติพัฒนาการของเด็ก

เด็กคลาน ได้เมื่ออายุ.....ปี

เด็กนั่ง ได้เมื่ออายุ.....ปี

เด็กยืน ได้เองเมื่ออายุ.....ปี

เด็กพูด ได้เองเมื่ออายุ.....ปี

เด็กหัดเข้าห้องส้วม ได้เองเมื่ออายุ.....ปี

เด็กฟันขึ้นเมื่ออายุ.....ปี

เด็กถนัดมือ  ขวา  ซ้าย  ทั้งสองมือ

4.ประวัติการเจ็บป่วยของเด็ก

หัด  หัดเยอรมัน  คางทูม  ไอกรน

คอตีบ  อีสุกอีใส  ปอดบวม  วัณโรค

เยื่อหุ้มสมองอักเสบ  โปลิโอ  ทอนซิลอักเสบ  ไซนัส

คอเจ็บเป็นหวัดบ่อย  แพ้อากาศ  แพ้ฝุ่นละออง  โรคลมชัก

อุบัติเหตุซึ่งเกิดกับหูหรือศีรษะ  อุบัติเหตุที่กระทบกระเทือนทางสมอง

ไข้ขึ้นสูงจนชัก  ชักโดยไม่มีสาเหตุ  สลบไม่ได้สติ

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่

เคย ระบุสาเหตุ.....  ไม่เคย

เคยวัดสายตาหรือไม่

เคย ระบุผล.....  ไม่เคย

เคยวัดการได้ยินหรือไม่

เคย ระบุผล.....  ไม่เคย

เคย ระบุผล.....  ไม่เคย

### 5.ประวัติครอบครัว

พ่อแม่หรือญาติพี่น้อง มีโรคต่อไปนี้หรือไม่

- |   |                             |                                |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> พืชสุราเรื้อรัง  | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| <input type="checkbox"/> ปัญญาอ่อน        | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| <input type="checkbox"/> โรคประสาท/โรคจิต | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| <input type="checkbox"/> ลมบ้าหมู         | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| <input type="checkbox"/> กามโรค           | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| <input type="checkbox"/> ออทิสติก         | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... |                             |                                |

### 6.ประวัติการศึกษาของเด็ก

เด็กเริ่มรับการช่วยเหลือเมื่ออายุ.....ปี ที่.....  
เด็กเริ่มเข้าโรงเรียนเมื่ออายุ.....ปี ที่โรงเรียน.....  
ปัจจุบันเรียนอยู่ชั้น.....โรงเรียน.....

### 7.สาเหตุที่มารับการรักษา / ความคาดหวังจากการมารับบริการ

.....  
.....  
.....  
.....

### 8.ประวัติการทดสอบทางจิตวิทยา

- เคยได้รับการทดสอบทางเชาวน์ปัญญา(IQ) มีระดับเชาวน์ปัญญา =.....  
สถานที่ทำการทดสอบ.....
- ไม่เคยทดสอบมาก่อน

### 9.ประวัติการเข้ารับการตรวจวินิจฉัย/ตรวจร่างกาย

- เคย เข้ารับการตรวจวินิจฉัย/ตรวจร่างกาย ระบุผล.....  
สถานที่ทำการทดสอบ.....
- ไม่เคยเข้ารับการตรวจวินิจฉัย/ตรวจร่างกายมาก่อนมาที่นี่เป็นครั้งแรก

ผู้กรอกประวัติ.....  
ที่อยู่.....  
.....  
โทรศัพท์.....  
ความสัมพันธ์กับเด็กเกี่ยวข้องเป็น.....  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....



## หนังสือยินยอมจากผู้ปกครองในการเก็บข้อมูล

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว).....ผู้ปกครองของ  
(เด็กชาย / เด็กหญิง / นาย / นางสาว).....ได้เข้ามาใช้บริการ  
ที่สถาบันวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ให้ความยินยอมเมื่อทางสถาบันฯ มีการ  
เก็บข้อมูลโดยการบันทึกภาพ บันทึกวิดีโอและบันทึกเสียงในการเข้ารับบริการจากทางสถาบันฯ

.....  
(.....)

ผู้มารับบริการ

วันที่.....