

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

## ก่อนการตรวจเพื่อเข้าโรงเรียนเมื่ออายุ 4 ปี

### การประเมินสุขภาพ

ก่อนที่บุตรของท่านจะเข้าโรงเรียน ขอแนะนำให้คุณ พาไปพบพยาบาลสุขภาพเด็กและครอบครัวในเขตท้องถิ่นของท่านหรือแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพ ถ้าท่านไม่ อาจพาไปได้ ท่านควรขอให้เพื่อนหรือญาติพาไป การประเมินสุขภาพจะประกอบด้วย:

- การได้ยิน
- การมองเห็น
- การตรวจร่างกาย (ส่วนสูง น้ำหนัก ท่าเดิน)
- คำถามต่างๆเกี่ยวกับพัฒนาการของบุตรท่าน
- ข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน

ขอแนะนำให้คุณปรึกษาพยาบาล แพทย์ หรือครู เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพใดๆที่อาจมีผลต่อความสามารถทางการเรียนของบุตรของท่าน

### การตรวจอวัยวะเมื่ออายุ 4 ปี

อวัยวะของเด็กผู้ชายควรมองเห็นหรือสัมผัสได้ในถุง อวัยวะ (อวัยวะ - testes หรือ testicles หรือโดยทั่วไป balls) ตามปกติอวัยวะทั้งสองข้างอยู่ในระดับ บที่แตกต่างกันเล็กน้อย เป็นสิ่งปกติที่อวัยวะจะอยู่ ระดับสูงกว่าหรือต่ำกว่าในถุงในเวลาต่างๆกัน (เช่นอยู่สูงกว่าเมื่ออากาศหนาว) อย่างไรก็ตามควร จะหาพบได้ที่ก้นถุงในบางครั้งบางคราว บางทีอาจจะ ง่ายที่สุดที่จะเช็คอวัยวะเมื่อบุตรชายของท่านตัวอ้วนและมีท่าทางสบาย เช่นหลังจากอาบน้ำ

ในกรณีที่ท่านเห็นอวัยวะทั้งสองข้างไม่ชัด ท่านจำเป็นต้องสัมผัสถุงอวัยวะดูเบาๆเพื่อหาว่าทั้งสองข้างอยู่ที่เดิม ซึ่งแจ้งให้ลูกทราบว่า เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องแน่ใจว่าอวัยวะของเขาอยู่ถูกที่ และให้ลูกนอนใจว่าไม่จำเป็นต้อง เป็นห่วงนัก ท่านต้องแน่ใจว่ามือทั้งสองของท่าน อุ่น เนื่องจากบางครั้งลูกอวัยวะปกติก็จะเลื่อนออกจากถุงเมื่อถูกแตะต้องด้วยมือเย็น ถ้าท่านมองไม่เห็นหรือสัมผัสไม่พบลูกหนึ่ง หรือทั้งสองลูก โปรดขอให้แพทย์ ช่วยเช็คให้ แพทย์หรือพยาบาลจะยินดีปรึกษาหารือ กับท่านเมื่อทำการตรวจสุขภาพบุตรชายของท่าน

ปัจจัยที่เป็นอันตรายต่อการได้ยินที่ต้องตอบคำถามเมื่อเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
ท่านมีความห่วงใยเกี่ยวกับการมองเห็นของบุตรไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านมีอาการตาเหล่หรือตาวัว (squint or strabismus) ไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านมีปัญหามองเห็นของเล็กๆไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ท่านมีความห่วงใยเกี่ยวกับการได้ยินของบุตรไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ในปีที่ผ่านมาบุตรของท่านมีน้ำเหลืองไหลออกจากหูไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ในปีที่ผ่านมาบุตรของท่านเกิดอาการหูอื้อเสบบมากกว่า สี่ครั้งไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ขณะที่เป็นหวัดบุตรของท่านมีปัญหาเรื่องการได้ยินไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านขอให้ท่านพูดช้าบ่อยไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านรู้สึกว่ามีปัญหาในการทำตามคำบอกไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านพูดชัดไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านใช้กลุ่มคำหลายๆคำเวลาพูดไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านทำตามคำสั่งไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตรของท่านร่วมวงในการพูดคุยไหม?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>