

แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้าน..... องค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง
อำเภอพานะชัย จังหวัดยโสธร
ปีการศึกษา.....

ชื่อนักเรียน.....อายุ.....ปี.....เดือน
วันเกิด...../...../.....
ชื่อคุณพ่อ.....ตำแหน่งงาน.....
ที่ทำงาน.....
ชื่อคุณแม่.....ตำแหน่งงาน.....
ที่ทำงาน.....
ที่อยู่.....
หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... เบอร์มือถือ..... โทรสาร.....

๑. แนวความคิดทางการศึกษา

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

๒. แนวคิดในการเลี้ยงดูลูกและความคาดหวังต่อลูก

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

๓. เมื่อลูกไม่ปฏิบัติตามความคาดหวัง คุณพ่อคุณแม่ทำอย่างไร

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

๔. เหตุผลที่สนใจศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

.....

.....

.....

๕. ความคาดหวังที่มีต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

.....

.....

.....

๖. คิดว่าลูกมีความต้องการพิเศษ ที่แตกต่างกับเด็กคนอื่น ๆ หรือไม่

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวข้องเป็น.....
(.....)

วัน-เดือน-ปี ที่บันทึก.....

ทะเบียนประวัตินักเรียน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้าน..... องค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง
อำเภอห้วยราช จังหวัดยโสธร

เลขประจำตัว

เด็กชาย/เด็กหญิง.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

เกิดวัน.....ที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน

จังหวัดที่เกิด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....

บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

สุขภาพโดยรวมของเด็ก สมบูรณ์ ☐ ไม่สมบูรณ์ ☐

คือ.....

กรุ๊ปเลือด ☐ เอ ☐ บี ☐ เอบี ☐ โอ

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....

มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อ - นามสกุลผู้ปกครอง.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก

อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบันของนักเรียน เลขที่.....ถนน/ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

มีพี่น้องทั้งหมด.....คน เป็นชาย.....คน เป็นหญิง.....คน นักเรียนเป็นบุตรคนที่.....น้ำหนัก
.....กิโลกรัม สูง.....เซนติเมตร นักเรียนมีโรคประจำตัว.....เมื่อมีอาการ
ควรแก้ไขอย่างไร.....
ประวัติแพ้ยา (บอกชนิดยา).....แพ้อาหาร (บอกชนิด).....
นิสัยในการรับประทานอาหาร.....การดื่มนม.....
ประวัติการได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย.....เมื่ออายุ.....ปี
การได้รับภูมิคุ้มกัน.....
นักเรียนเคยเข้าโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็กมาก่อน.....
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของนักเรียน.....
เด็กต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง.....
ข้อมูลอื่น ๆ ที่ควรแจ้งให้รับทราบ.....
.....

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บันทึกประวัติสุขภาพ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้าน..... องค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง

อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

ของ เด็กชาย / เด็กหญิง.....ชื่อเล่น.....

๑. ประวัติการคลอด ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ
๒. สายตา ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ
๓. การเริ่มพูด ☐ ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง) ☐ ไม่ปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)
๔. การเริ่มเดิน ☐ ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง) ☐ ไม่ปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)
๕. การผ่าตัด

☐ ไม่มี

☐ ไม่รุนแรง คือ

☐ รุนแรง คือ

๖. ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง คือ.....เมื่อ.....

๗. โรคประจำตัว บิดา/มารดา ☐ ไม่มี

☐ มีโรคประจำตัวเหล่านี้

☐ วัณโรค

☐ เบาหวาน

☐ ลมบ้าหมู

☐ หัวใจ

☐ มะเร็ง

☐ เคยป่วยเป็น.....

๘. โรคประจำตัว นักเรียน ☐ ไม่มี

☐ มี โรคประจำตัวเหล่านี้

☐ วัณโรค

☐ เบาหวาน

☐ ลมบ้าหมู

☐ หัวใจ

☐ มะเร็ง

☐ เคยป่วยเป็น.....

๕. การได้รับภูมิคุ้มกัน

☐

คอตีบ

☐

หัดเยอรมัน

☐

ไอ

☐

กรน

☐

บาดทะยัก

โปลิโอ

☐

ตับ

☐

อักเสบ

☐

บีซีจี

อื่น ๆ คือ.....

สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของนักเรียนหรือนักเรียนเข้ารับการรักษายาบาลเป็นประจำ คือ

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

เกี่ยวข้องกับ.....

วันที่บันทึก.....