

การลงทะเบียนชำระบี้ยค่าชดเชยความเสียหายกรณีเกิดอุบัติเหตุโดยศูนย์ส่งเสริมการศึกษาพาประเทศญี่ปุ่น (หรือ โคชูชิ เคียวเซ โอจิน นิฮอน ชิโฮทชิ ชิงโก เซ็นต้า)

คณะกรรมการการศึกษา○○○

ขอแสดงความยินดีในพิธีเข้ารับการศึกษา

ทางคณะกรรมการการศึกษา○○○ได้ทำสัญญาว่าด้วยการจ่ายค่าชดเชยในกรณีเกิดอุบัติเหตุโดยศูนย์ส่งเสริมการศึกษาพาประเทศญี่ปุ่น (จากนี้ไปเรียกว่า ศูนย์) เพื่อรับมือกับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับเด็กนักเรียนที่ศึกษาอยู่ ณ โรงเรียน○○○

การจ่ายค่าชดเชยกรณีเกิดอุบัติเหตุของศูนย์ คือระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และค่าดูแลต่อผู้ป่วยครองทุกท่าน ในกรณีที่เด็กนักเรียนประสบอุบัติเหตุในขณะที่อยู่ภายใต้การดูแลของโรงเรียน ในการเข้าระบบนี้ รายชื่อของเด็กนักเรียนจะถูกส่งไปที่ศูนย์โดยได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองก่อนล่วงหน้า การเข้าระบบนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ท่านที่ยินยอมเข้าระบบนี้ กรุณากรอกแบบฟอร์มตอบรับด้านล่างแล้วส่งที่อาจารย์ใหญ่

สำหรับการยื่นเรื่องขอรับค่าชดเชยนั้น จะยื่นผ่านทางระบบอินเตอร์เน็ต โดยกรอกข้อความที่สำคัญตามที่กำหนด และข้อมูลส่วนตัวจะถูกเก็บอย่างปลอดภัยและเป็นความลับ เนื้อหาการจ่ายค่าชดเชยต่างๆ จะถูกกำหนดโดยกฎของศูนย์ส่งเสริมการศึกษาพาประเทศญี่ปุ่น(จากนี้ไปเรียกว่ากฎของศูนย์)หรือคำสั่งรัฐบาล, กฎกระทรวง หรือคำประกาศต่างๆ ในกรณีที่มีการแก้ไขกฎเกิดขึ้น ให้ถือบังคับใช้ตามฉบับที่แก้ไขใหม่ แต่สำหรับฉบับปัจจุบัน ณ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2555 มีเนื้อหาดังนี้

รายละเอียด

1. ประเภทของค่าชดเชยและรายละเอียด (เกณฑ์การจ่ายค่าชดเชยกรณีเกิดอุบัติเหตุเป็นไปตามกฎของศูนย์มาตรา3)

Table with 3 columns: ประเภทของอุบัติเหตุ, ขอบเขตของอุบัติเหตุ, จำนวนเงินค่าชดเชย. Rows include: ได้รับบาดเจ็บ, เจ็บป่วย, ทุพพลภาพ, เสียชีวิต.

(※ ค่าชดเชย เป็นจำนวนเงินสำหรับกรณีที่เกิดเหตุหลังปีพ.ศ.2548 เป็นต้นไป)

อนึ่ง กรณีที่เข้าข่ายว่า"อยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของทางโรงเรียน" คือกรณีดังต่อไปนี้

- ① ในช่วงโรงเรียน (รวมถึงระหว่างการเดินทางสถานดูแลเด็กเล็ก หรือ โรงเรียนอนุบาล)
② ระหว่างการเรียนการสอนนอกหลักสูตรที่อยู่ภายใต้แผนการศึกษาของโรงเรียน
③ ระหว่างเวลาพักและเวลาที่ทางโรงเรียนกำหนด
④ ระหว่างเดินทางไป-กลับโรงเรียน(โรงเรียนอนุบาล)ตามเส้นทางและวิธีเดินทางตามปกติ
⑤ ขณะที่อยู่ในห้องพัก เป็นต้น

2. เกณฑ์ในการจ่ายค่าชดเชย

- ① จะจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลในกรณีได้รับบาดเจ็บหรือป่วยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ ภายในระยะเวลาสูงสุด10 ปี นับจากเข้ารับการรักษาครั้งแรก
② สิทธิในการรับค่าชดเชยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ มีระยะเวลา 2 ปี นับจากวันที่ประสบเหตุ ถ้าไม่ดำเนินเรื่องในระยะเวลาดังกล่าวจะถือว่าหมดสิทธิในการรับค่าชดเชย
③ กรณีที่ได้รับค่าชดเชยใช้ความเสียหายจากแหล่งอื่น หรือเงินทดแทนหรือค่าชดเชยอื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนด(เช่น โครงการเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาสำหรับเด็กทารก, โครงการเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาสำหรับครอบครัวที่มีผู้ปกครองคนเดียว ตามกฎหมายท้องถิ่นของจังหวัดนั้น) ท่านไม่สามารถรับค่าชดเชยของศูนย์ได้ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดเรื่องจำนวนเงินที่ท่านได้รับจากแหล่งอื่นไปแล้ว
④ เด็กในสถานดูแลเด็กเล็ก, โรงเรียนอนุบาล หรือศึกษาอยู่ในสถานศึกษาภาคบังคับ ที่มาจากครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากกฎหมายคุ้มครองการดำเนินชีวิตนั้น แม้จะประสบอุบัติเหตุแต่ก็ไม่สามารถรับค่าชดเชยของศูนย์ได้
⑤ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสายวิชาชีพ ที่ตนเองสนใจกระทำผิดทางอาญา, และทำให้ได้รับบาดเจ็บ, เจ็บป่วยหรือเสียชีวิต จะไม่สามารถรับค่าชดเชยค่าใช้จ่ายทางการแพทย์, การเกิดทุพพลภาพ, หรือการเสียชีวิตได้
⑥ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสายวิชาชีพ ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากการที่ตนเองประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง อาจไม่สามารถรับค่าชดเชยส่วนหนึ่งจากการเกิดทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตได้

\* เอกสารนี้ กล่าวถึงระบบการจ่ายค่าชดเชยกรณีเกิดอุบัติเหตุของศูนย์

3. จำนวนเงินที่ต้องชำระในการเข้าระบบนี้ (รายปี)

จำนวนเงินส่วนที่ผู้ปกครองรับผิดชอบ เยน (จำนวนเงินส่วนที่คณะกรรมการการศึกษา○○○รับผิดชอบ เยน) ※จำนวนเงินที่นี้เป็นจำนวนเงินรายปี

(คัดตามรอย)

ใบยินยอม

เรียน คณะกรรมการการศึกษา○○○

เมือง○○○ โรงเรียน○○○ (ฝ่าย)
ชั้นปี ห้อง ชื่อนักเรียน

ข้าพเจ้ายินยอมให้นักเรียนที่มีชื่อระบุด้านบน เข้าระบบรับค่าชดเชยกรณีเกิดอุบัติเหตุซึ่งทางคณะกรรมการการศึกษา○○○ร่วมกับศูนย์ส่งเสริมการศึกษาพาประเทศญี่ปุ่น

วันที่ เดือน ปี

ชื่อผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล

ตราประทับ

秘 แบบสำรวจสุขภาพ

ชื่อโรงเรียนประถมศึกษา			ป.1 ห้อง เลขที่	ป.4 ห้อง เลขที่	ม.1 ห้อง เลขที่
ชื่อโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น			ป.2 ห้อง เลขที่	ป.5 ห้อง เลขที่	ม.2 ห้อง เลขที่
(ตัวอักษรวิธภาษา)			ป.3 ห้อง เลขที่	ป.6 ห้อง เลขที่	ม.3 ห้อง เลขที่
ชื่อ	ชื่อผู้ปกครอง				
วันเดือนปีเกิด	วันที่	เดือน	ปี	เลขที่	
ที่อยู่	TEL				

ที่ติดต่อกรณีเร่งด่วน < กรุณากรอก (บุคคลในครอบครัว) • ที่ทำงาน • บ้าน • มือถือเบอร์อื่น > กรณีมีการเปลี่ยนแปลง กรุณาแจ้งให้ทราบ

① ( ) ชื่อ	TEL
ที่ติดต่อ	มือถือ
② ( ) ชื่อ	TEL
ที่ติดต่อ	มือถือ
เปลี่ยน ( ) ชื่อ	TEL
แปลง ที่ติดต่อ	มือถือ

ชื่อสถานพยาบาลที่ใช้บริการ

แผนกอายุรกรรม • แผนกกุมารเวช	แผนกศัลยกรรม • แผนกศัลยกรรมกระดูก	แผนกทันตกรรม
Tel	Tel	Tel

สุขภาพร่างกายปัจจุบันและประวัติการเจ็บป่วย (ถ้ามีอาการดังกล่าว กรุณาวงกลม ○ ลงในช่อง, ถ้าไม่มีอาการให้ทำเครื่องหมาย ✗ ลงในช่อง)

	อาการ	ป.1	ป.2	ป.3	ป.4	ป.5	ป.6	ม.1	ม.2	ม.3
1	ช่วงนี้ สภาพร่างกายแย่									
2	ท้องเสียบ่อย									
3	ท้องผูกบ่อย									
4	ปวดกระเพาะอาหาร ปวดท้อง บ่อย									
5	เคยมีอาการปวดข้อต่อ									
6	บ่นกับการปวดหัวบ่อย									
7	กินยาป้องกันอาการชัก									
8	ภูมิแพ้ผิวหนัง									
9	จมูกอักเสบจากภูมิแพ้									
10	เยื่อตาอักเสบจากภูมิแพ้									
11	ตอนเช้าถ้าไม่ปลุก ไม่ตื่น									
12	ตอนเช้าถึงแม้จะตื่นล้มตามแล้ว แต่ก็อารมณ์ไม่ดี ลูกขึ้นมายาก									
13	มีอาหารที่ชอบ ไม่ชอบมาก									
14	อาหารมื้อเช้า แทบจะไม่ได้กิน									
15	มีการอาการเมารถง่าย									
เด็กผู้หญิง	มีอาการปวดประจำเดือน เริ่มมีครั้งแรกเมื่อ (ประถม • ม.ต้น เดือน ปี )									

กรณีที่มีการแพ้อาหาร แพ้ยา หรืออาการข้างเคียงอื่น ๆ กรุณากรอกรายละเอียด

ชื่ออาหาร	อายุ	อาการ	ชื่อยา	อายุ	อาการ

ชื่อ

กรุณากรอกรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เคยเป็น หรือกำลังเป็นอยู่ขณะนี้

ชื่อโรค	อายุ	ชื่อโรค	อายุ	ชื่อโรค	อายุ	ชื่อโรค	อายุ
โรคหัด	ปี	โรคหัดเยอรมัน	ปี	อีสุกอีใส	ปี	คางทูม	ปี
ชื่อโรค	อายุ	การรับการรักษา	อยู่ในระหว่างการรักษา	โรคที่เข้ารับการผ่าตัด • เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล			
โรคไต	ปี			ชื่อโรค ( )			
โรคหัวใจ	ปี			ระยะเวลาในการเข้าพักรักษาหรือผ่าตัด			
โรคคาวาซากิ	ปี			ตั้งแต่ เดือน ปี ถึง เดือน ปี			
โรคหอบหืด	ปี			โรคที่เข้ารับการผ่าตัด • เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล			
การชักจากไขสันหลัง	ปี			ชื่อโรค ( )			
โรคหูน้ำหนวก	ปี			ระยะเวลาในการเข้าพักรักษาหรือผ่าตัด			
	ปี			ตั้งแต่ เดือน ปี ถึง เดือน ปี			

รายละเอียดการฉีดวัคซีนป้องกันโรค (กรุณาตรวจสอบจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และกรอกรายละเอียด)

ชื่อวัคซีน		วันเดือนปีที่ฉีดวัคซีน			ชื่อวัคซีน	วันเดือนปีที่ฉีดวัคซีน			
BCG (วัคซีนป้องกันวัณโรค)		วันที่	เดือน	ปี	โปลิโอ	ครั้งที่ 1	วันที่	เดือน	ปี
คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก (ผสมกันสามชนิด)	ช่วงแรก ครั้งที่ 1	วันที่	เดือน	ปี		ครั้งที่ 2	วันที่	เดือน	ปี
	ช่วงแรก ครั้งที่ 2	วันที่	เดือน	ปี		ครั้งที่ 3 (ในกรณีเป็นวัคซีนชนิดเชื้อตาย)	วันที่	เดือน	ปี
	ช่วงแรก ครั้งที่ 3	วันที่	เดือน	ปี		เพิ่มเติม (ในกรณีเป็นวัคซีนชนิดเชื้อตาย)	วันที่	เดือน	ปี
	ช่วงแรก เพิ่มเติม	วันที่	เดือน	ปี					
โรคหัด และ โรคหัดเยอรมัน (MR) ผสมกัน ช่วงแรก		วันที่	เดือน	ปี	โรคไข้สมองอักเสบญี่ปุ่น	ช่วงแรก ครั้งที่ 1	วันที่	เดือน	ปี
โรคหัด และ โรคหัดเยอรมัน (MR) ผสมกัน ช่วงที่สอง		วันที่	เดือน	ปี		ช่วงแรก ครั้งที่ 2	วันที่	เดือน	ปี
		วันที่	เดือน	ปี	ช่วงแรก เพิ่มเติม	วันที่	เดือน	ปี	

บ้าน ↔ โรงเรียน (ถ้ามีโรคที่กำลังรับรักษาอยู่ขณะนี้ กรุณากรอกรายละเอียด กรณีที่ไม่มี ให้วงกลม  ในช่อง “ไม่มี”)

ชั้นปี	อุณหภูมิ	ไม่มี	รายละเอียด
ตัวอย่าง	36.5°C	กรณีไม่มี <input type="radio"/>	เป็นโรคหอบหืด ต้องไปรักษาที่โรงพยาบาล.....เดือนละ 2 ครั้ง, กินยาทุกวัน (ตอนเช้า) ช่วงที่ไม่มีอาการหอบหืดเกิดขึ้น ก็ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของการออกกำลังกาย, มีอาการแพ้อาหาร..... ซุป.....ก็แพ้ด้วย ดื่มน้ำไม่ได้, หงุดหงิด จิตใจไม่สงบอยู่บ่อยครั้ง, เนื่องจากกระดูกหัก ตอนนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการยื่นรายงานอุบัติเหตุ
ป.1			
ป.2			
ป.3			
ป.4			
ป.5			
ป.6			
ม.1			
ม.2			
ม.3			

วันที่ เดือน ปี

เรียน ท่านผู้ปกครอง

อาจารย์ใหญ่

การแจ้งเรื่อง การตรวจสุขภาพ

ทางโรงเรียนจะทำการตรวจสุขภาพของเด็กนักเรียนตามรายละเอียดด้านล่าง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของเด็กนักเรียนให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในโรงเรียนได้อย่างดียิ่งขึ้น และเพื่อให้ตรวจพบโรคที่แฝงตัวอยู่โดยเร็ว จึงขอความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ (มีเครื่องหมาย ✓ ในช่องรายการที่เกี่ยวข้อง)

รายละเอียด

1. รายการตรวจ และวันเวลา

หมายเลข	รายการตรวจ	วันตรวจ				ชั้นปีที่ตรวจ
		เดือน	วันที่	วัน	เวลา	
<input type="checkbox"/> 1	ตรวจสุขภาพทั่วไป					
<input type="checkbox"/> 2	ซั้่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง					
<input type="checkbox"/> 3	ตรวจฟัน					
<input type="checkbox"/> 4	ตรวจตา					
<input type="checkbox"/> 5	ตรวจหู จมูก					
<input type="checkbox"/> 6	ตรวจการได้ยิน					
<input type="checkbox"/> 7	ตรวจสายตา					
<input type="checkbox"/> 8	ตรวจปัสสาวะ					
<input type="checkbox"/> 9	ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ					

2. ก่อนเข้ารับการตรวจ

- สำหรับการซั้่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และ การตรวจสุขภาพทั่วไป
  - ※ก่อนวันตรวจ กรุณาอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายให้สะอาด และตัดเล็บให้เรียบร้อย
  - ※กรุณาให้สวมเสื้อผ้า ที่สามารถถอดและใส่ได้ด้วยตนเอง
  - ※กรุณาเขียนชื่อกำกับที่เสื้อผ้าและชุดชั้นใน
- สำหรับการตรวจฟัน
  - ※กรุณาแปรงฟัน หลังรับประทานอาหารเช้า
- สำหรับการตรวจหู จมูก
  - ※กรุณาทำความสะอาดหูก่อนล่วงหน้าวันตรวจ

3. อื่น ๆ

จะแจ้งผลการตรวจให้ทราบภายหลัง

วันที่ เดือน ปี

เรียน ท่านผู้ปกครอง

อาจารย์ใหญ่

การแจ้งผลการตรวจสุขภาพทั่วไป (แผนกอายุรกรรม)

ชั้นปี	ห้อง	ชื่อ
--------	------	------

ขอแจ้งผลการตรวจวินิจฉัยที่พบ ตามที่ระบุด้านล่าง และขอความกรุณาให้ท่านปรึกษาแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลเข้ารับการรักษาอย่างละเอียดโดยเร็ว  
(มีเครื่องหมาย ✓ ในช่องรายการที่เกี่ยวข้อง)

**【ผลการวินิจฉัยที่พบ】**

1. สภาพโภชนาการ  มีแนวโน้มอ่อน  ขาดสารอาหาร  สงสัยว่าเป็นโรคโลหิตจาง
2. กระดูกสันหลัง, กระดูกซี่โครง, แขนขา  มีที่ผิดปกติ  
( )
3. โรคผิวหนัง  โรคผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้  ผื่นผิวหนังอักเสบ  อื่น ๆ
4. หัวใจ  ซีพจรเต้นไม่เป็นจังหวะ  เสียงหัวใจเต้นผิดปกติ ( )
5. อื่น ๆ

※หลังจากปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางแล้ว กรุณาส่งใบรายงานผลต่อทางโรงเรียน

ใบรายงานผลการตรวจ

ชั้นปี	ห้อง	ชื่อ
--------	------	------

ผลการตรวจและข้อเสนอแนะต่อทางโรงเรียน

<p>การวินิจฉัย (ชื่อโรค)</p> <p>การรักษา</p> <p>ข้อเสนอแนะต่อทางโรงเรียนในการปฏิบัติต่อนักเรียน</p>
---

ข้าพเจ้าขอรับรองการตรวจวินิจฉัยตามที่ระบุด้านบน  
วันที่ เดือน ปี

ชื่อสถานพยาบาล  
ชื่อแพทย์ ตราประทับ

แบบสำรวจสุขภาพ

(แผนกทันตกรรม)

ชั้นปี	ห้อง	ชื่อ
--------	------	------

การตรวจสุขภาพของฟัน, เหงือก, การเรียงของฟัน, การสบฟัน, ข้อต่อขากรรไกร, และ คราบจุลินทรีย์

กรุณาวางกลม  ในข้อที่เป็นจริง

ท่านที่ต้องการปรึกษาทันตแพทย์ โรงเรียน ภูษามาศวิทยาลัย

I หัวข้อที่เกี่ยวกับการตรวจสอบฟัน, เหงือก, และขากรรไกร ของตนเอง

- |   |                |
|---|----------------|
| 1. เวลาอ้าปาก ปิดปาก มีเสียงที่ข้อต่อขากรรไกร | (ใช่ / ไม่ใช่) |
| 2. อ้าปากลำบาก รู้สึกเจ็บเวลาอ้าปาก           | (ใช่ / ไม่ใช่) |
| 3. รู้สึกกังวลกับการเรียงของฟัน               | (ใช่ / ไม่ใช่) |
| 4. มีเลือดออกบริเวณเหงือก                     | (ใช่ / ไม่ใช่) |
| 5. ปวดฟัน เสียวฟัน                            | (ใช่ / ไม่ใช่) |
| 6. กลืนอาหารลำบาก                             | (ใช่ / ไม่ใช่) |
| 7. รู้สึกกังวลกับกลิ่นปาก                     | (ใช่ / ไม่ใช่) |
| 8. รู้จัก CO                                  | (ใช่ / ไม่ใช่) |
| 9. รู้จัก GO                                  | (ใช่ / ไม่ใช่) |

เรื่องที่ยากปรึกษากับทันตแพทย์โรงเรียน

เรียน ท่านผู้ปกครอง

โรงเรียน \_\_\_\_\_

อาจารย์ใหญ่ \_\_\_\_\_

ผลการตรวจสุขภาพปากและฟัน และคำแนะนำการพบแพทย์

ชั้นปี ห้อง ชื่อ

ผลการตรวจสุขภาพปากและฟัน ที่ได้ทำการตรวจเมื่อ วันที่ เดือน รายละเอียดตามที่มีเครื่องหมาย ○ ในช่อง

ปกติ	จากการตรวจ ไม่พบปัญหา เพื่อรักษาให้คงสภาพเดิมไว้ ให้ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และแปรงฟันให้สะอาด (ใช้ไหมขัดฟัน) ควรระมัดระวังให้มีกิจวัตรประจำวันที่ถูกสุขลักษณะ (ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร) แล้วก็ควรเข้ารับการตรวจฟันและรับคำแนะนำจากทันตแพทย์เป็นประจำ ขอให้ใส่ใจในการรักษาสุขภาพปากและฟัน
------	--

【สำหรับผู้ที่ไม่มีเครื่องหมาย ○ ในช่องฟ้าดูอาการ】 ให้แต่ละครอบครัวใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์และแปรงฟันให้สะอาด (ใช้ไหมขัดฟัน) ควรระมัดระวังให้ดีในเรื่องกิจวัตรประจำวันที่ถูกสุขลักษณะ (ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร) กรุณาคอยสังเกต และแนะนำว่าควรเข้ารับการตรวจฟันและรับคำแนะนำจากทันตแพทย์เป็นประจำ

ฟ้าดูอาการ	CO (ซี โอ)	มีความเป็นไปได้มากที่จะกลายเป็นฟันผุ มีฟันที่กำลังผุอยู่ (ฟันน้ำนม • ฟันแท้)
	GO (จี โอ)	เหงือกบวมเล็กน้อย มีเลือดออก มีโอกาสที่จะเป็นเหงือกอักเสบ
	มีคราบจุลินทรีย์	แปรงฟันไม่สะอาดพอ มีคราบจุลินทรีย์ติด
	การเรียงตัวของฟัน, การสบฟัน, ข้อต่อขากรรไกร	มีความกังวลอยู่เล็กน้อย กรุณาคอยสังเกตดูอาการ

【สำหรับผู้ที่ไม่มีเครื่องหมาย ○ ในช่องด้านล่าง】 แนะนำให้ไปพบทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจและรักษาโดยเร็ว เมื่อได้รับการรักษาหรือรับคำปรึกษาแล้ว กรุณาให้แพทย์บันทึกผลการตรวจรักษา และนำส่งโรงเรียน

แนะนำให้เข้ารับการรักษา	อาการของโรค	คำอธิบาย	ผลการตรวจ
	CO จำเป็นต้องรับการตรวจ (CO-S)	มีฟันที่มีแนวโน้มสูงว่าเป็นฟันผุ (ฟันน้ำนม • ฟันแท้)	รักษาแล้ว • ฟ้าดูอาการ
	ฟันผุ (C)	มีฟันผุเป็นรู (ฟันน้ำนม • ฟันแท้)	รักษาแล้ว • ฟ้าดูอาการ
	เหงือกอักเสบ (G)	มีคราบหินปูนติดรอบฟัน มีเหงือกอักเสบ	รักษาแล้ว • ฟ้าดูอาการ
	มีคราบหินปูน	ไม่มีเหงือกอักเสบ แต่ มีคราบหินปูนติดรอบฟัน	รักษาแล้ว
	การเรียงตัวของฟัน การสบฟันผิดปกติ	การเรียงตัวของฟัน, การสบฟันมีความผิดปกติอย่างเห็นได้ชัด	เริ่มการรักษา • ฟ้าดูอาการ
	ข้อต่อขากรรไกรผิดปกติ	มีลักษณะของข้อต่อขากรรไกรผิดปกติ	รักษาแล้ว • ฟ้าดูอาการ
	ฟันน้ำนมที่ต้องระวัง	มีฟันแทงออกมาโดยที่ฟันน้ำนมซี่นั้นยังไม่หลุด	รักษาแล้ว • ฟ้าดูอาการ
	มีคราบจุลินทรีย์	บริเวณผิวหน้าฟัน และฟันกรามที่เริ่มงอกขึ้นมา มีคราบจุลินทรีย์ติดอยู่มาก	รักษาแล้ว • ฟ้าดูอาการ
	อื่น ๆ		รักษาแล้ว • ฟ้าดูอาการ

เรียน ทันตแพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ เดือน ปี

กรุณาทำการตรวจรักษา ตามผลการตรวจด้านบน พร้อมทั้งบันทึกผลการตรวจรักษาและคำปรึกษา

ชื่อสถานพยาบาล

ชื่อทันตแพทย์

(ตราประทับ)

ขอความกรุณา ท่านผู้ปกครอง

ส่วนของคำแนะนำให้เข้ารับการรักษาตามด้านบน ในหัวข้อ “การเรียงตัวของฟัน, การสบฟันผิดปกติ” ซึ่งการจัดฟันนั้นอยู่นอกเหนือจากประกันการรักษาพยาบาล กรณีที่มีเครื่องหมาย ○ ในช่อง “การเรียงตัวของฟัน, การสบฟันผิดปกติ” แล้วไม่ประสงค์ที่จะเข้ารับการรักษาหรือรับคำปรึกษา กรุณาแจ้งชื่อผู้ปกครอง แล้วนำส่งโรงเรียน

ในครั้ง นี้ ขอหยุดรับการตรวจรักษาและรับคำปรึกษา “การเรียงตัวของฟัน, การสบฟันผิดปกติ”

ชื่อผู้ปกครอง

วันที่ เดือน ปี

(ตราประทับ)

ด้านหลัง

แบบสอบถามแผนกจักษุ (ตา)

แบบสำรวจแผนกจักษุ นี้ เป็นแบบสำรวจไว้เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาว่า นักเรียนนั้นมีความจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกจักษุหรือไม่ กรุณากรอกตามสภาพที่เป็นอยู่ขณะนี้

\_\_\_\_\_  
 ชั้นปี                      ห้อง                      เลขที่                      ชื่อ  
 กรุณาทำเครื่องหมาย ○ ในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง

	เนื้อหาที่สอบถาม	ใส่เครื่องหมาย ○
1	มีขี้ตาออกบ่อย	
2	คันตาบ่อย	
3	ตาแดงบ่อย	
4	เจ็บตาบ่อย	
5	มองเห็นตัวหนังสือที่กระดานดำไม่ชัด	
6	ใช้แว่นสายตา	
7	ใส่คอนแทคเลนส์	
8	มองคิดสี มองแยกแยะสีลำบาก (เช่น สีเขียว สีแดง)	
9	ภายใน 1 ปีนี้ เคยไปตรวจสายตา	
	ถ้าเคย ได้รับการตรวจด้วยอาการใด ( )	
10	เคยไปปรึกษาจักษุแพทย์หรือไม่	
	ในเรื่องใด ( )	
11	อื่น ๆ ถ้ามีเรื่องใดที่กังวล กรุณาเขียนรายละเอียด ( )	

มีให้กรอกด้านหลังด้วย

13	ตามข้อ 1-10 ด้านบน ไม่มีหัวข้อที่ทำเครื่องหมาย ○ ลงในช่องใดเลย หรือ ข้อ 12 ด้านหลัง ได้ทำเครื่องหมาย ○ ลงในช่อง	
----	---	--

※ กรอกที่โรงเรียน

ผลการตรวจสายตา	ด้วยตาเปล่า    ▪    แว่นสายตา    ▪    คอนแทคเลนส์ (ทำเครื่องหมาย ○ ในข้อที่ตรงกับความจริง)			
	ความสามารถในการมองเห็น	ข้างขวา	( A B C D )	
		ข้างซ้าย	( A B C D )	

ผลการตรวจ	ปกติ    ▪    ฝ้าดูอาการ    ▪    จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจรักษา ( )
	อื่น ๆ ( )



ด้านหลัง

ข้ออธิบายเกี่ยวกับการตรวจตาบอดสี

ความผิดปกติของการมองเห็นสีนั้น แบ่งตามสัดส่วนได้เป็น ประมาณ 5 % ของเด็กผู้ชาย ( 20 คน มี 1 คน) และ ประมาณ 0.2 ของเด็กผู้หญิง ( 500 คน มี 1 คน)

ในการใช้ชีวิตประจำวันแทบจะไม่มีผลกระทบอะไร แต่เนื่องจากมีบางส่วนในวิชาเรียนที่ใช้สี จะทำให้เข้าใจยาก ส่วนใหญ่นักเรียนไม่รู้ตัวเองมีความผิดปกติ รวมถึงมีกรณีที่ผู้ปกครองก็ไม่ได้เห็นความผิดปกติ ก็มีอยู่ไม่น้อย ในชั่วโมงเรียน, ในสถานที่ทำงาน หรือการเลือกเส้นทางในอนาคตข้างหน้า นั้น ในการได้รู้ว่าการมองเห็นสีของตัวเองเป็นอย่างไรนั้น การตรวจตาบอดสี มีความสำคัญมาก

เมื่อได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาด้านบนแล้ว กรุณาแสดงความจำนงเกี่ยวกับการตรวจตาบอดสี ด้วยการทำเครื่องหมาย ○ ที่ด้านล่างนี้

	การตรวจตาบอดสี	ใส่เครื่องหมาย ○
12	ต้องการเข้ารับการตรวจ	
	ไม่ต้องการเข้ารับการตรวจ	

ชื่อผู้ปกครอง

ตราประทับ

เรียน ท่านผู้ปกครอง

วันที่ เดือน ปีเลขที่

ชื่อโรงเรียน

ชื่ออาจารย์ใหญ่

การแจ้งผลการตรวจตา

ชั้นปี ห้อง ชื่อ

จากผลการตรวจตา ขอแจ้งให้ทราบว่า มีข้อสงสัยว่าบุตรของท่านมีอาการ ตามที่ได้มีเครื่องหมาย  ไว้ด้านล่างนี้ ถ้าได้ไปเข้ารับการตรวจรักษาแล้ว กรุณาแจ้งให้ทางครูประจำชั้นทราบ

	ชื่อโรค		ชื่อโรค
	ตาแดงเรื่อรัง		ตาถุ้งยิงเรื่อรัง
	ตาแดงจากโรคภูมิแพ้		ตาถุ้งยิง
	โรคริตส์ดวงตา		โรคเยื่อตาอักเสบจากภูมิแพ้
	หนังตาอักเสบ		ต้อกระจก
	ขนตาที่ม้วนในตา		

1. กรุณาเข้ารับการตรวจรักษาโดยเร็ว
2. เมื่อมีอาการผิดปกติ กรุณาเข้ารับการตรวจรักษา

ใบรายงานผลการตรวจและคำแนะนำ

ผลการวินิจฉัย (การวินิจฉัยชื่อโรค)		
คำแนะนำของแพทย์		
การว่ายน้ำที่สระว่ายน้ำ (กรุณาทำเครื่องหมาย <input type="radio"/> )	อนุญาตให้ว่ายน้ำได้	ห้ามว่ายน้ำ

วันที่ เดือน ปีเลขที่

ชื่อสถานพยาบาล

ชื่อแพทย์

เรียน ท่านผู้ปกครอง

วันที่ เดือน ปี

อาจารย์ใหญ่

การแจ้งผลการตรวจสายตา

ชั้นปี ห้อง ชื่อ

ขอแจ้งผลการตรวจสายตา ดังที่ระบุด้านล่าง สำหรับท่านที่มีกำลังสายตา B ถึง D กรุณาไปพบจักษุแพทย์ เพื่อรับการตรวจรักษา หรือรับคำแนะนำ

ผลของกำลังสายตา A, B, C, D

A	ตั้งแต่ 1.0 ขึ้นไป	B	ระหว่าง 0.9 - 0.7	C	ระหว่าง 0.6 - 0.3	D	ต่ำกว่า 0.3
---	--------------------	---	-------------------	---	-------------------	---	-------------

กำลังสายตา	ขวา ( ) ซ้าย ( )	ขณะใส่แว่นสายตา	ขวา ( ) ซ้าย ( )
------------	------------------	-----------------	------------------

☆ กรุณาแจ้งผลการตรวจ ต่อครูประจำชั้น

ผลการตรวจ โดยแพทย์เฉพาะทาง

	ขวา	ซ้าย
กำลังสายตา	( )	( )
กำลังสายตาขณะใส่อุปกรณ์	( )	( )
ผลการวินิจฉัย	ปกติ สายตาวัว สายตาเอียง กำลังสายตาอ่อน สายตาสั้น กล้ามเนื้อตามีอาการหดเกร็ง อื่น ๆ ( )	ปกติ สายตาวัว สายตาเอียง กำลังสายตาอ่อน สายตาสั้น กล้ามเนื้อตามีอาการหดเกร็ง อื่น ๆ ( )
การรักษา • รอดูอาการ	( จำเป็น • ไม่จำเป็น ) [ หลัง เดือน ]	
คำสั่งแพทย์	ยาหยอดตา ( จำเป็น • ไม่จำเป็น ) แว่นตา ( จำเป็น • ไม่จำเป็น • ปรับใหม่ • รอดูอาการ ) ใส่แว่นตา ( ตลอดเวลา • เฉพาะเวลาเรียน ) อื่น ๆ ( )	

ข้าพเจ้าขอรับรองการตรวจวินิจฉัยตามที่ระบุด้านบน

วันที่ เดือน ปี

ชื่อสถานพยาบาล

ชื่อแพทย์ (ตราประทับ)

แบบสอบถามสุขภาพ (แผนก หู คอ จมูก สำหรับโรงเรียนประถมศึกษา)

\_\_\_\_\_  
 ชั้นปี            ห้อง            เลขที่            ชื่อ

แบบสอบถามนี้ ใช้เพื่อเป็นส่วนประกอบในการพิจารณาว่ามีความจำเป็นหรือไม่ ที่จะต้องเข้ารับการตรวจจากแพทย์ แผนก หู คอ จมูกที่โรงเรียน  
 กรุณาทำเครื่องหมาย ○ ข้อที่ตรงกับความเป็นจริง ในเรื่องที่ทางครอบครัวหรือตนเองสังเกตเห็น

1. ภายใน 3 เดือนจากนี้ มีกำหนดการที่จะไปพบแพทย์ แผนก หู คอ จมูก (ชื่อโรค \_\_\_\_\_ )
2. คุณเหมือนว่า ได้ยินไม่ค่อยชัด
3. มีปัญหาเกี่ยวกับอาการ จาม มีน้ำมูก คัดจมูก ตลอดทั้งปี
4. อ้าปากอยู่ตลอดเวลา
5. นอนกรนเสียงดังเป็นประจำทุกวัน
6. เสียงแหบ
7. การออกเสียงผิดเพี้ยน
8. จากคำถามบน (ข้อ1-7) ไม่มีข้อที่ใช้

(ผู้ปกครองไม่ต้องทำในส่วนนี้)

ช่องสำหรับโรงเรียน (เรื่องที่ครูผู้รับผิดชอบได้สังเกตเห็น)	ผลการตรวจสอบ
1. คุณเหมือนว่า ได้ยินไม่ค่อยชัด 2. เอามือจับจมูกบ่อย 3. สูดจมูกเข้าบ่อย 4. ในระหว่างชั่วโมงเรียน (โดยเฉพาะช่วงเช้า) ดูท่าทางง่วงนอนบ่อย 5. อ้าปากบ่อย 6. เสียงแหบ 7. การออกเสียงผิดเพี้ยน 8. จากการทดสอบการได้ยิน มีความผิดปกติ ( • ขวา • ซ้าย • ทั้งสองข้าง • 1000 • 4000 Hz) 9. ปีการศึกษาที่แล้ว ขาดเรียนมากกว่า 1 สัปดาห์ (ยกเว้น มีไข้ เจ็บคอ หรืออาการใกล้เคียง) 10. ปีการศึกษาที่แล้ว ไม่ได้ส่งรายงานการตรวจวินิจฉัยของแผนก หู คอ จมูก	A1 มีข้อสงสัยว่ามีความบกพร่องทางการได้ยิน      C1 มีข้อสงสัยเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ A2 ขี้หูอุดตัน      C2 ต่อมทอนซิลโต A3 ภาวะน้ำคั่งในหูชั้นกลาง      C3 ต่อมทอนซิลอักเสบ A4 หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง      C4 มีความผิดปกติทางการพูด C5 มีความผิดปกติทางภาษา B1 จมูกอักเสบเรื้อรัง B2 จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ B3 ไช้สันอักเสบ B4 ผนังท่อนจมูกคด D อื่นๆ ( _____ ) E ปกติ

แบบสอบถามสุขภาพ (แผนก หู คอ จมูก สำหรับโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น)

\_\_\_\_\_  
 ชั้นปี      ห้อง      เลขที่      ชื่อ

แบบสอบถามนี้ ใช้เพื่อเป็นส่วนประกอบในการพิจารณาว่ามีความจำเป็นหรือไม่ ที่จะต้องเข้ารับการตรวจจากแพทย์ แผนก หู คอ จมูก ที่โรงเรียน กรุณาทำเครื่องหมาย  ข้อที่ตรงกับความเป็นจริง ในเรื่องที่ทางครอบครัวหรือตนเองสังเกตเห็น

1. ภายใน 3 เดือนจากนี้ มีกำหนดการที่จะไปพบแพทย์ แผนก หู คอ จมูก (ชื่อโรค \_\_\_\_\_ )
2. มีอาการเวียนศีรษะแบบบ้านหมุน (ไม่ใช่อาการแบบหน้ามืด)
3. มีปัญหาเกี่ยวกับอาการ จาม มีน้ำมูกไหลบ่อย ตลอดทั้งปี
4. มีน้ำมูกเหนียว แล้วยังไหลลงคอบ่อย
5. มีปัญหาเกี่ยวกับการคัดจมูกบ่อย
6. ไม่ค่อยได้กลิ่น
7. เสียงแหบ
8. จากด้านบน (ข้อ 1-7) ไม่มีข้อที่ใช้

(ผู้ปกครองไม่ต้องกรอกในส่วนนี้)

ช่องเขียนคำอธิบายจากทาง โรงเรียน (เรื่องที่ครูผู้รับผิดชอบ ได้สังเกตเห็น)	ผลการตรวจ
1. จากการทดสอบการได้ยิน มีความผิดปกติ ( • ขวา • ซ้าย • ทั้งสองข้าง • 1000 • 4000 Hz)	A1 มีข้อสงสัยว่ามีความบกพร่องทางการได้ยิน      C1 มีข้อสงสัยเกี่ยวกับต่อมอะดีนอยด์ A2 ขี้หูอุดตัน      C2 ต่อมทอนซิลโต
2. ปีการศึกษาที่แล้ว ไม่ได้ส่งรายงานการตรวจวินิจฉัยของแผนก หู คอ จมูก	A3 ภาวะน้ำคั่งในหูชั้นกลาง      C3 ต่อมทอนซิลอักเสบ
3. พิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจรักษา (เหตุผล : <input type="radio"/> ไม่ค่อยได้ยิน      ) <input type="radio"/> อ้าปากบ่อย <input type="radio"/> ออกเสียงผิดปกติ <input type="radio"/> อื่น ๆ	A4 หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง      C4 มีความผิดปกติทางการพูด C5 มีความผิดปกติทางภาษา  B1 จมูกอักเสบเรื้อรัง B2 จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ B3 ไชน์สอักเสบ B4 ผนังกันช่องจมูกคด  D อื่นๆ (      ) E ปกติ

เรียน ท่านผู้ปกครอง

วันที่ เดือน ปีเศษที่

อาจารย์ใหญ่

ใบแจ้งผลการตรวจแผนก หู คอ จมูก

ชั้นปี ห้อง ชื่อ

ผลการตรวจแผนก หู คอ จมูก มีข้อสงสัยว่าจะเป็นโรค ในข้อที่มีเครื่องหมาย ○ กำกับไว้ กรุณาไปเข้ารับการตรวจกับแพทย์เฉพาะทางที่แผนก หู คอ จมูก โดยเร็ว ผู้ที่เข้ารับการตรวจแล้ว กรุณากรอกผลการตรวจและนำส่ง โรงเรียน

- ภาวะหูอื้อหูตื้อ : มีขี้หูมากจนไม่สามารถมองเห็นเยื่อแก้วหู ถ้าเป็นลักษณะนี้แล้วไปว่ายน้ำ จะทำให้เกิดอาการ หูชั้นนอกอักเสบได้ง่าย ก่อนที่จะมีขี้หูขี้ตาไหลเวียนออกมา กรุณาไปพบแพทย์หู คอ จมูก ให้เอาขี้หูออกให้
- หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง (หูน้ำหนวกอักเสบ) : เยื่อแก้วหูเกิดการทะลุเป็นรู มีหนองไหลออกมา เกิดการได้ยินไม่ชัด ก่อนที่จะมีขี้หูขี้ตาไหลเวียนออกมา กรุณาไปพบแพทย์หู คอ จมูก เพื่อตรวจดูอาการ
- ภาวะน้ำคั่งในหูชั้นกลาง : ไม่มีหนองไหลออกมา และไม่มีอาการเจ็บ แต่เกิดการได้ยินไม่ชัด
- มีข้อสงสัยว่าจะมีความบกพร่องทางการได้ยิน : ให้ไปพบแพทย์ เพื่อหาสาเหตุ และทราบถึงระดับชั้นอาการ
- เยื่อจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ : มีอาการหลักคือ จาม มีน้ำมูก คัดจมูก ในทุกสภาพอากาศ ทำให้ความสามารถในการจذبออกซิเจน (มีสมาริ น้อยลง) หรือทำให้เกิดอาการ นอนไม่หลับได้ง่ายขึ้น อาจทำให้มีการเจริญเติบโตช้า และโรคแพ้ละอองเกสร (ละอองพืช) ก็เป็นอีกอาการหนึ่งด้วย
- โพรงอากาศข้างจมูกอักเสบ : หรือเรียกได้ว่า ไซนัสอักเสบ มีอาการ คัดจมูก น้ำมูกเหนียว และ รู้สึกหนักศรีษะ เป็นต้น
- ผนังท่อน้ำข้างจมูกคด : มีอาการชัดเจนหลักคือ คัดจมูก แบบสลับข้างจมูกไปมา เกิดอาการเลือดกำเดาไหล หรือรู้สึกหนักศรีษะได้ง่าย
- โรคเยื่อจมูกอักเสบเรื้อรัง : มีอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล เป็นต้น เป็นอาการต่อเนื่องจากการเป็นหวัด หรืออาจเป็นอาการโพรงอากาศข้างจมูกอักเสบ (ไซนัสอักเสบ) แบบไม่รุนแรง
- ต่อมทอนซิลอักเสบ : มีอาการอักเสบเรื้อรัง และจะเกิดอาการไข้ และเจ็บคอ บ่อยซ้ำได้ง่าย
- ต่อมทอนซิลโต : ทำให้เกิดอาการเหล่านี้ได้ง่ายขึ้น คือ หายใจลำบาก หรือ กลืนอาหารชิ้นใหญ่ได้ยาก และอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการนอนกรน และภาวะการหยุดหายใจขณะนอนหลับ
- ต่อมอดีนอยด์ : เป็นต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ในส่วนหลังของโพรงจมูกที่จะใหญ่ขึ้นตามวัย อาจเป็นสาเหตุให้เกิด อาการคัดจมูก การนอนกรน ภาวะการหยุดหายใจขณะนอนหลับ และหูชั้นกลางอักเสบซ้ำบ่อยครั้ง
- มีความผิดปกติทางการพูดและทางภาษา : เสียงแหบ มีความผิดปกติของคำพูด

ผลการตรวจ

ชั้นปี ห้อง ชื่อ

ผลการวินิจฉัย

การรักษา (1) รอดูอาการ (2) กำลังเข้ารับการรักษา (3) ได้รับการรักษาแล้ว (4) อื่น ๆ

ขี้หูขี้ตาไหลเวียนออกมา (1) อนุญาต (2) อนุญาตโดยต้องใช้ที่อุดหู (3) อื่น ๆ

รายละเอียด

วันที่ เดือน ปีเศษที่

ชื่อแพทย์

เรียน ท่านผู้ปกครอง

วันที่            เดือน            ปีเฮเซที่

อาจารย์ใหญ่

การแจ้งเรื่อง การตรวจปีสสาวะ

เพื่อตรวจพบโรคที่แฝงตัวอยู่โดยเร็ว ทางโรงเรียนจึงขอแจ้งเรื่องทำการตรวจตามรายละเอียดดังนี้  
(มีเครื่องหมาย ✓ ในรายการที่เกี่ยวข้อง)

ตรวจปีสสาวะ

1. วัตถุประสงค์ เพื่อให้ตรวจพบโรคได้แต่เนิ่น เช่น โรคไต, โรคเบาหวาน เป็นต้น
2. วันที่นำตัวอย่างปีสสาวะมาโรงเรียน วันที่ (    ) เดือน (    )  
 กรณีที่ลืมนำมา วันที่ (    ) เดือน (    )
3. สถานที่ยื่น  ห้องเรียน             ห้องพยาบาล
4. ชั้นปีที่ตรวจ            ทุกชั้นปี
5. วิธีเก็บปีสสาวะ
  - (1) เช้าวันที่ทำการตรวจ ให้เก็บปีสสาวะทันทีหลังจากตื่นนอน โดยให้ปีสสาวะทิ้งช่วงสั้นไปเล็กน้อย แล้วเก็บปีสสาวะในช่วงกลางใส่ภาชนะ
  - (2) กรุณาใส่ปีสสาวะลงในภาชนะ ให้ถึงระดับที่เครื่องหมายกำหนด
  - (3) กรุณาปิดฝาให้แน่น แล้วนำไปใส่ถุง (ทางโรงเรียนจะแจกถุงและภาชนะ)
6. หากจำเป็นต้องทำการตรวจเป็นครั้งที่สอง ทางโรงเรียนจะแจ้งให้ทราบ

ใบแจ้งหยุดพักการเรียนชั่วคราว

ชั้นปี    ห้อง    ชื่อ \_\_\_\_\_

ทางโรงเรียนขอแจ้งเรื่อง ให้หยุดพักการเรียนชั่วคราว อันเนื่องมาจากเหตุผลดังนี้

1. เหตุผลที่หยุดพักการเรียน

- ไข้หวัดใหญ่อินฟลูเอนซ่า     คางทูม     อีสุกอีใส     หัดเยอรมัน  
 อื่น ๆ (  โรคติดเชื้อแบคทีเรีย (โยเรณิน)     )

2. ระยะเวลาพักการเรียน

ตั้งแต่วันที่    เดือน    ปี จนกระทั่งได้รับอนุญาตจากแพทย์

3. หัวข้อสำหรับอ้างอิงอื่น ๆ

วันที่    เดือน    ปี

เรียน ท่านผู้ปกครอง

\_\_\_\_\_ อาจารย์ใหญ่ (ตราประทับ)

คำร้องขออนุญาตให้เข้าเรียนตามปกติ

เรียน อาจารย์ใหญ่

- ชื่อโรค  ไข้หวัดใหญ่อินฟลูเอนซ่า     คางทูม     อีสุกอีใส     หัดเยอรมัน  
 อื่น ๆ (  โรคติดเชื้อแบคทีเรีย (โยเรณิน)     )

ชั้นปี    ห้อง    ชื่อ \_\_\_\_\_

เนื่องด้วย ข้าพเจ้าขอรับรองว่าโรคที่ระบุข้างต้น มีอาการทุเลาลงแล้ว จึงขอให้ทางโรงเรียนอนุญาตให้กลับเข้าเรียนได้ตามปกติ ตั้งแต่วันที่    เดือน

วันที่    เดือน    ปี

ชื่อสถานพยาบาล

ชื่อแพทย์ \_\_\_\_\_ (ตราประทับ)

※ กรุณาถือใบคำร้องนี้แล้วมาโรงเรียน



เรียน ท่านผู้ปกครอง

เราจำเป็นต้องใส่ใจเรื่องสุขภาพของเด็ก ๆ เพื่อให้เด็กๆ ใช้ชีวิตในโรงเรียนได้อย่างสนุกสนานและมีความหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลสุขภาพของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหัวใจนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ด้วยเหตุนี้ การตรวจหัวใจจึงถือเป็นส่วนสำคัญของการตรวจสุขภาพ เนื่องจากแบบสำรวจนี้จำเป็นอย่างมากต่อการตรวจโรคหัวใจ จึงขอความร่วมมือจากผู้ปกครองทุกท่าน

\* ข้อควรระวังในการกรอก : จากคำถามข้อ 1-4 กรุณาทำเครื่องหมาย ○ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงและเขียนรายละเอียดลงในช่องว่าง

วันที่เข้ารับการตรวจ วันที่ เดือน ปีเลขที่ อาจารย์ใหญ่

ชื่อโรงเรียน	ชั้นปี			ตัวอักษรสีร่างกาย ชื่อ	เพศ	วันเดือนปีเกิด		
	ห้อง	เลขที่				วันที่	เดือน	ปีเลขที่

คำถามที่ 1 ช่วงนี้ มีอาการตามรายละเอียดด้านล่างนี้หรือไม่

a	อยู่ที่ ๆ หัวใจก็เต้นเร็วกะทันหัน (เร็วกว่าปกติถึงเท่าตัว) . . . . .	(	ใช่	)	ไม่ใช่
b	ออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย ก็เหนื่อยหอบง่าย . . . . .	(	ใช่	)	ไม่ใช่
c	ขณะออกกำลังกาย รู้สึกเจ็บแน่นหน้าอก เหมือนถูกบีบ . . . . .	(	ใช่	)	ไม่ใช่
d	บางครั้ง ซึ่พจรเต้นผิดปกติ . . . . .	(	ใช่	)	ไม่ใช่
e	เคยหมดสติ ขณะพักผ่อน ระหว่างออกกำลังกาย หรือหลังออกกำลังกายทันที . . . . .	(	ใช่	)	ไม่ใช่
f	แม้เดินขึ้นบันไดด้วยความเร็วที่ปกติ แต่รู้สึกหัวใจเต้นเร็ว หรือหายใจไม่ออก . . . . .	(	ใช่	)	ไม่ใช่

คำถามที่ 2 ที่ผ่านเคยมีแพทย์หรือสถานพยาบาล แจ้งว่า “หัวใจผิดปกติ” หรือ “มีสิ่งผิดปกติ” หรือไม่ (เคย / ไม่เคย)

ท่านที่ตอบว่า เคย กรุณาตอบคำถาม ข้อ 1) – 4)

1) แพทย์แจ้งว่าอย่างไร (กรุณาทำเครื่องหมาย ○ ในหัวข้อที่ตรง และระบุชื่อโรคด้วย)

a โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด    b หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ    c โรคกล้ามเนื้อหัวใจ    d เสียงฟู่ของหัวใจ    e คลื่นหัวใจผิดปกติ    f โรคหัวใจรูห์มาติก

g อื่น ๆ    ระบุชื่อโรค \_\_\_\_\_

2) ได้รับการแจ้งเมื่อไหร่ ที่ไหน

เมื่ออายุประมาณ (    ปี    เดือน )    ที่ 1) ชื่อสถานพยาบาล \_\_\_\_\_    2) รับการตรวจที่โรงเรียน : เมื่อชั้นปีที่ \_\_\_\_\_

3) หลังจากนั้นปฏิบัติอย่างไรบ้าง

a เข้ารับการตรวจโดยละเอียด และได้รับแจ้งว่า “ไม่ต้องรับการรักษา” หรือ “ปกติ” ชื่อสถานพยาบาล : ปีเลขที่    เดือน    วันที่ \_\_\_\_\_

b ได้เข้ารับการตรวจรักษาตามกำหนดเวลา

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการตรวจ ณ ปัจจุบัน : (    ครั้ง /    ปี )    รับการรักษาตามนัด หมอควบคุม : A B C D E (อนุญาต ห้าม)

c ไม่ได้เข้ารับการตรวจรักษา หรือ ปลดousyไว้ไม่ได้ทำอะไร

4) เคยเข้ารับการผ่าตัดหัวใจหรือไม่

a เคย    →    เข้ารับการผ่าตัดครั้งสุดท้าย เมื่อไหร่ ที่ไหน \_\_\_\_\_

b ไม่เคย    →    ประมาณเดือน    ปีเลขที่    ชื่อสถานพยาบาล : \_\_\_\_\_

คำถามที่ 3 เคยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่ . . . . . (เคย / ไม่เคย)

ท่านที่ตอบว่า เคย กรุณาตอบคำถาม ข้อ 1) – 3)

1) ได้รับการตรวจเมื่อไหร่ ที่ไหน (เมื่อประมาณอายุ    ปี    เดือน) ชื่อสถานพยาบาล : \_\_\_\_\_

2) ผลการตรวจเอกซเรย์หัวใจเป็นอย่างไร

a ปกติ    b เคยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโป่งพอง    c ปัจจุบันเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ    d ไม่เคยเข้ารับการตรวจ

3) ปัจจุบันเป็นอย่างไรบ้าง

a เข้ารับการตรวจรักษาตามกำหนดเวลา

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการตรวจ ณ ปัจจุบัน (    ครั้ง /    ปี )    อยู่ในช่วงเข้ารับการรักษ หมอควบคุม : A B C D E (อนุญาต ห้าม)

b ได้รับการแจ้งว่า มีความจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจ หรือทำการรักษา แต่ไม่ได้เข้ารับการตรวจ

c ผลการตรวจ คือ “ไม่ต้องรับการรักษา” ถือเป็นการเสร็จสิ้น    ประมาณเดือน    ปีเลขที่    ชื่อสถานพยาบาล : \_\_\_\_\_

คำถามที่ 4 มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติสนิทที่อายุต่ำกว่า 40 ปี เสียชีวิตกะทันหันด้วยโรคหัวใจ หรือเสียชีวิตกะทันหันโดยไม่ทราบสาเหตุหรือไม่

( มี / ไม่มี )

แบบสอบถามสุขภาพเกี่ยวกับวัณโรค

วันที่เขียน วันที่ เดือน ปีเลขที่

โรงเรียน	ชั้นปี	ห้อง	เลขที่	ชื่อ
----------	--------	------	--------	------

กรุณาทำเครื่องหมาย ○ ที่ตรงกับความจริงในแต่ละคำถาม

รายละเอียด		กรุณาเลือก แล้วทำเครื่องหมาย ○	
คำถามที่ 1	ภายใน 2 ปีที่ผ่านมา บุตรของท่านเคยป่วยจากเชื้อวัณโรค (เช่น วัณโรคปอด เชื้อหุ้มปอดอักเสบ วัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอ) หรือไม่	ใช่ ประมาณวันที่ เดือน ปีเลขที่	ไม่ใช่
คำถามที่ 2	ภายใน 2 ปีที่ผ่านมา บุตรของท่านเคยป่วยเป็นวัณโรค แล้วเคยกินยาเพื่อเป็นการป้องกันหรือไม่	ใช่ ประมาณวันที่ เดือน ปีเลขที่	ไม่ใช่
คำถามที่ 3	ภายใน 2 ปีที่ผ่านมา มีคนในครอบครัวหรือผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ป่วยเป็นวัณโรคหรือไม่	ใช่ ประมาณวันที่ เดือน ปีเลขที่	ไม่ใช่
คำถามที่ 4	ภายใน 3 ปีที่ผ่านมา บุตรของท่านเคยอาศัยอยู่ต่างประเทศนานเกินครึ่งปีหรือไม่	ใช่ ประมาณวันที่ เดือน ปีเลขที่	ไม่ใช่
คำถามเพิ่มเติม	* ในคำถามที่ 4 สำหรับผู้ที่ตอบว่า “ใช่”		
4-1	เคยอยู่ที่ประเทศไหน [ ]		

คำถามที่ 5	ในช่วงนี้ บุตรของท่าน มี “ไอ” หรือ “เสมหะ” ติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่
คำถามเพิ่มเติม	* ในคำถามที่ 5 สำหรับผู้ที่ตอบว่า “ใช่”		
5-2	บุตรของท่านที่มีอาการ “ไอ” หรือ “เสมหะ” แล้วได้ไปเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลหรือไม่	ใช่	ไม่ใช่
5-2	แพทย์ได้แจ้งว่า บุตรของท่าน เป็นหอบหืด หรือหอบหืดหลอดลมอักเสบหรือไม่	ใช่	ไม่ใช่

\* คำถามที่ 6 สำหรับนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 เท่านั้น

คำถามที่ 6	บุตรของท่าน เคยฉีดวัคซีน BCG (วัคซีนแบบกดประทับ) หรือไม่ กรุณาดูสมุดคู่มือสุขภาพแม่และเด็กประกอบ แล้วกรอกข้อมูล	ใช่	ไม่ใช่
คำถามเพิ่มเติม	* ในคำถามที่ 6 สำหรับผู้ที่ตอบว่า “ไม่ใช่”		
6-1	เนื่องด้วยสาเหตุใด	เนื่องจากผลการทดสอบทูเบอร์คูลิน มีผลเป็นบวก	เหตุผลอื่นๆ

ผู้ปกครองไม่ต้องกรอกข้อมูลในส่วนนี้

การเข้ารับการรักษาวินิจฉัยวัณโรค (ความเห็นของแพทย์ประจำโรงเรียน)	
มีความจำเป็น	ไม่มีความจำเป็น [ เหตุผล ]

(เรียน ท่านผู้ปกครอง) สำหรับผู้ที่เลือกคำตอบว่า “ใช่” ในข้อใดข้อหนึ่งของคำถามที่ 1-3 นั้น กรุณากรอกข้อมูลในแบบสอบถามนี้จะแจ้งให้สำนักสาธารณสุขรับทราบและ เพื่อตรวจสอบสุขภาพร่างกาย

ใบเข้ารับการตรวจวินิจฉัยวัณโรค

วันที่เขียน : วันที่ เดือน ปีเฮเซที่

ชื่อผู้เข้ารับการตรวจ				ชื่อผู้ปกครอง			
วันเดือนปีเกิด	วันที่	เดือน	ปีเฮเซที่	ชั้นปี		อายุ	
ที่อยู่					หมายเลข		
					โทรศัพท์		
สุขภาพร่างกายตอนนี้							
ผู้เข้ารับการตรวจหรือครอบครัว เคยมีประวัติเป็นวัณโรคหรือไม่							
ประวัติโรคทางเดินหายใจของผู้เข้ารับการตรวจ							
ประวัติการตรวจ	วันที่	เดือน	ปีเฮเซที่	ผลการตรวจ	+	-	( × mm)
คัดกรองวัณโรค	วันที่	เดือน	ปีเฮเซที่	ผลการตรวจ	+	-	( × mm)
(การทดสอบปฏิกิริยาทาง	วันที่	เดือน	ปีเฮเซที่	ผลการตรวจ	+	-	( × mm)
ผิวหนังต่อเชื้อวัณโรค)	วันที่	เดือน	ปีเฮเซที่	ผลการตรวจ	+	-	( × mm)
ประวัติการฉีดวัคซีน BCG				มี	ไม่มี		
(วัคซีนป้องกันวัณโรค)	ฉีดวัคซีนครั้งสุดท้ายเมื่อ			วันที่	เดือน	ปีเฮเซที่	

ข้อควรระวัง

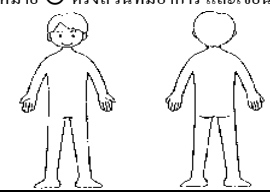
- เกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของผู้เข้ารับการตรวจ ในวันที่เข้ารับการตรวจ กรุณาแจ้งให้ทราบด้วย ว่ามีอาการ ไข้ ไอ เสมหะ อ่อนเพลีย หรืออาการปวดหัว อื่น ๆ หรือไม่
- ช่องประวัติการตรวจคัดกรองวัณโรค กรุณาระบุวันที่ ที่ได้รับการฉีดทูเบอร์คูลิน  
ช่องผลการตรวจ ถ้ามีรอยบวมอักเสบสองวงซ้อนกัน กรุณาระบุขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของรอยบวมวงด้านใน หากมีรอยบวมก็ให้ระบุด้วย
- ประวัติการฉีดวัคซีน BCG ช่องวันที่ ที่ฉีดวัคซีน ถ้าฉีดในวัยเด็กเล็ก กรุณาตรวจสอบวันที่จากสมุดคู่มือสุขภาพแม่และเด็ก
- ในวันที่เข้ารับการตรวจ กรุณานำใบเข้ารับการตรวจใบนี้ และสมุดคู่มือสุขภาพแม่และเด็ก ไปด้วย

แบบตรวจสอบกล้ามเนื้อและกระดูก

ชั้นปี \_\_\_\_\_ ห้อง \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_ ชาย • หญิง \_\_\_\_\_

※ เรียนท่านผู้ปกครอง กรุณากรอกในส่วนที่มีกรอบหนาเท่านั้น และกรุณาทำเครื่องหมาย ○ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริง

ปัจจุบัน กีฬาที่เล่นอยู่ (รวมถึง การเดิน และปั่นจักรยานด้วย) : ไม่มี มี (ชื่อกีฬาที่เล่น.....) ประวัติการเล่น _____ ปี		
1) โรคกระดูกสันหลังคด	ช่องสำหรับผู้ปกครอง 4 ข้อตรวจสอบ ① ไหล่สองข้างสูงไม่เท่ากัน ② สะบักหลังมีตำแหน่งและความสูงไม่เท่ากัน ③ ตำแหน่งโค้งงอของเอวด้านซ้ายและขวาไม่เท่ากัน ④ เวลาก้มตัวไปข้างหน้า ความสูงของหลัง ซ้ายขวาไม่เท่ากัน	ช่องสำหรับเวลาตรวจ 【ที่ผิดปกติ】 มี
2) ถ้ามีข้อสังเกตเห็นดังต่อไปนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย เวลาก้มตัวไปข้างหน้า หรือแอ่นหลัง แล้วมีอาการปวดหลังส่วนล่างหรือไม่	【ก้มหน้า】 ① ไม่ปวด ② ปวด 【แอ่นหลัง】 ① ไม่ปวด ② ปวด	【ที่ผิดปกติ】 มี
ขึ้นขาเดียว 5 วินาที (ทำสลับซ้ายขวา) เวลาขึ้นขาเดียว แล้วทรงตัวได้หรือไม่	【ขึ้นขาซ้าย】 ① ทรงตัวได้ ② ทรงตัวไม่ได้ ③ ขึ้นไม่ได้ 【ขึ้นขาขวา】 ① ทรงตัวได้ ② ทรงตัวไม่ได้ ③ ขึ้นไม่ได้	【ที่ผิดปกติ】 มี
นั่งย่อตัวลง ขึ้นเต็มฝ่าเท้า แล้วนั่งย่อตัวลงได้หรือไม่	① ย่อตัวลงได้ ② ย่อตัวลงไม่ได้	【ที่ผิดปกติ】 มี
เวลาชูแขนขึ้นสองข้าง แล้วแขนทั้งสองข้างแนบหูได้หรือไม่	แขนซ้าย ① แนบหู ② ไม่แนบหู แขนขวา ① แนบหู ② ไม่แนบหู	【ที่ผิดปกติ】 มี

เวลาหงายฝ่ามือ แล้วยืดแขนออกไป จะยืดแขนได้ไม่ตึง หรือองแขนเข้าได้ไม่หมด (มือแตะไหล่ไม่ถึง) หรือไม่	ช่องศอกซ้าย ① ปกติ ② งอเข้าได้ไม่หมด ③ ยืดได้ไม่ตึง ช่องศอกขวา ① ปกติ ② งอเข้าได้ไม่หมด ③ ยืดได้ไม่ตึง	【ที่ผิดปกติ】 มี
3) มีข้อก้ำกวมในส่วนไหนของร่างกายหรือไม่	ภาวะดู กระดูกข้อต่อ หรือกล้ามเนื้อส่วนอื่น ๆ กรุณาทำเครื่องหมาย ○ ตรงส่วนที่มีอาการ และเขียนรายละเอียดอาการนั้น	【อาการ】 มี
4) นอกเหนือจากนี้ หากมีความกังวลในส่วนอื่น ๆ เช่น ลำตัว มือ ขา ก็สามารถเขียนรายละเอียดลงไปได้		
5) ปัจจุบัน กำลังเข้ารับการรักษา ตามหัวข้อที่กรอกรายละเอียดด้านบน หรือไม่ • ใช่ (ชื่อโรค.....)		

※ ผู้ปกครองไม่ต้องกรอกข้อมูลด้านล่างนี้

【 คำแนะนำให้เข้ารับการตรวจวินิจฉัย มี • ไม่มี 】

ใบแจ้งผลการตรวจ

เรียน ท่านผู้ปกครอง  
 ผลการตรวจกล้ามเนื้อและกระดูก มีคำแนะนำให้ไปเข้ารับการตรวจที่แผนกศัลยกรรมกระดูก  
 กรุณากรอกผลการเข้ารับการตรวจ และนำส่งโรงเรียนด้วย  
 \* ในวันที่เข้ารับการตรวจ กรุณานำ แบบตรวจสอบกล้ามเนื้อและกระดูกใบนี้ และ บัตรประกันสุขภาพ (ถ้ามี) ไปยื่นด้วย

ผลการวินิจฉัย

ชื่อโรคที่วินิจฉัย ( )  
 คำแนะนำในครั้งต่อไป ( )  
 วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_  
 ชื่อแพทย์ผู้วินิจฉัย

## คู่มือการใช้ชีวิตในโรงเรียนญี่ปุ่น

(ฉบับสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น)

มีนาคม 2018 (ปีเฮเซที่ 30)

จัดทำและพิมพ์โดย คณะกรรมการการศึกษาจังหวัดทตริ

ฝ่ายการศึกษาสิทธิมนุษยชน

1-271 แขวงอิงาชิ-มะชิ เขตทตริ รหัสไปรษณีย์ 680-8570

หมายเลขโทรศัพท์ 0857-26-7534 (สายตรง)

เว็บไซต์ <http://www.pref.tottori.jp/kyouiku/jinkenkyouiku/index.htm>