แบบบันทึกประวัติการได้รับวัคซีน

ศูนย์เด็กเล็ก / โรงเรียน .....

ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ด.ช./ ด.ญ. ..... อายุ.....ปี..... เดือน.....

วัคซีนพื้นฐานที่เด็กต้องได้รับ

อายุ	วัคซีนป้องกันโรค	วันที่ได้รับ	หมายเหตุ
แรกเกิด	- วัณโรค (บีซีจี)		
	- ไวรัสตับอักเสบบี		
2 เดือน	- คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี ครั้งที่ 1		
	- โปลิโอ ครั้งที่ 1		
4 เดือน	- คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี ครั้งที่ 2		
	- โปลิโอ ครั้งที่ 2		
6 เดือน	- คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี ครั้งที่ 3		
	- โปลิโอ ครั้งที่ 3		
9 เดือน	- หัด หรือ หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน ครั้งที่ 1		
1 ปีครึ่ง	- คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน ครั้งที่ 4		
	- โปลิโอ ครั้งที่ 4		
	- ไข้สมองอักเสบเจอีครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2		
2 ปีครึ่ง	- ไข้สมองอักเสบ เจอี ครั้งที่ 3		
4 ปี	- คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน ครั้งที่ 5		
	- โปลิโอ ครั้งที่ 5		
ป. 1	- หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน ครั้งที่ 2		
	- วัณโรค (บีซีจี) *		
	- คอตีบ –บาดทะยัก **		
	- โปลิโอ **		
ป. 6	- คอตีบ บาดทะยัก		

วัคซีนอื่นๆ

อายุ	วัคซีนป้องกันโรค	วันที่ได้รับ	หมายเหตุ

หมายเหตุ * หมายถึง ให้ในกรณีที่ไม่มีหลักฐานว่าเคยได้รับเมื่อแรกเกิดและไม่มีแผลเป็น (หากมีบันทึกหลักฐานว่าเคยได้รับมาก่อน ไม่จำเป็นต้องให้ซ้ำแม้ไม่มีแผลเป็นบริเวณที่ได้รับการฉีด)

** หมายถึง ให้เฉพาะผู้ที่ได้รับวัคซีน คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน และ โปลิโอ ไม่ครบ 5 ครั้ง

แบบคัดกรองอาการป่วยรายห้องเรียน

ชื่อศูนย์เด็กเล็ก..... ชื่อครูผู้ดูแลเด็ก..... จำนวนเด็กที่รับผิดชอบ.....คน

ลำดับ	ชื่อ (ด.ช.หรือด.ญ.)... - สกุล...	อายุ (ปี)	นน./ส่วนสูง	ประจำเดือน.....พ.ศ.																															
1				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		
7																																		
8																																		
9																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		

หมายเหตุ : สัญลักษณ์ในการบันทึกข้อมูล

1. โรคที่พบบ่อย : หวัด = C มือ เท้า ปาก = H อุจจาระร่วงเฉียบพลัน = D
2. การแยกเด็กป่วย : ไม่มีการแยกนอนแยกเล่น = 0 แยกนอน = 1 แยกเล่น = 2
3. ไม่มาเรียนให้ทำเครื่องหมาย x หากหยุดเรียนให้ใส่สัญลักษณ์โรค/ ระบุโรค
4. กรณีเด็กได้ยารักษามาจากบ้าน ให้เขียนวงกลมล้อมรอบสัญลักษณ์โรค
5. กรณีมีคนที่บ้านป่วยด้วยโรคเดียวกันก่อนเด็กป่วย ให้ทำเครื่องหมาย *

ตัวอย่างการบันทึก $\cancel{C}^{*}$ = หยุดเรียนด้วยหวัดและมีคนที่บ้านป่วยก่อนเด็กมีอาการ

$\textcircled{D}^{*12}$ = อุจจาระแต่มาเรียนโดยมียามาจากบ้าน มีคนที่บ้านป่วยก่อนเด็กมีอาการ ครูได้แยกเด็กนอนและแยกเล่น

หวัด หมายถึง มีไข้ต่ำๆ ร่วมกับ มีน้ำมูกไหล หรือไอ หรือคัดจมูก จาม อาจมีอาการเจ็บคอเล็กน้อย

มือ เท้า ปาก หมายถึง มีอาการไข้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ร่วมกับมีจุดหรือตุ่มแดง อักเสบที่ลิ้น เหงือกและกระพุ้งแก้ม หรือพบตุ่มหรือผื่นนูนหรือตุ่มพองใส บริเวณรอบๆ อักเสบและแดงที่ฝ่ามือฝ่าเท้า

อุจจาระร่วง หมายถึง มีอาการถ่ายอุจจาระเหลว ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน หรือถ่ายมีมูกเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน

แบบบันทึกปัญหาสุขภาพและการดูแลเบื้องต้น

ด.ช./ด.ญ. ..... ศูนย์เด็กเล็ก.....

วันที่	อาการและการเจ็บป่วย/ปัญหาสุขภาพที่พบ	การดูแลรักษา/การแนะนำ	ผู้ให้การรักษา/หน่วยงาน

หมายเหตุ : 1. แบบบันทึกปัญหาสุขภาพและการดูแลเบื้องต้น ใช้กรณีเด็กมีการเจ็บป่วยหรือได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วน
2. แบบบันทึกปัญหาสุขภาพและการดูแลเบื้องต้น ควรอยู่ด้านหลัง/คู่กับแบบบันทึกประวัติการได้รับวัคซีน
3. ควรนำแบบบันทึกปัญหาสุขภาพและการดูแลเบื้องต้น ให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การรักษาบันทึกทุกครั้ง