บัตรอนามัยมารดา

บัตรเลขที่ ..... ชื่อสถานบริการ ..... หมู่บ้านที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน .....

ชื่อ-นามสกุล ..... อายุ ..... ปี อาชีพ ..... ศาสนา.....

ชื่อสามี-นามสกุล ..... อายุ ..... ปี อาชีพ ..... ศาสนา.....

บ้านเลขที่ ..... ถนน/ซอย ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ชื่อ-นามสกุล ผู้ติดต่อได้ ..... สถานที่ใกล้เคียง.....

ประวัติครอบครัว

○ ปกติ ○ ความดันโลหิต ○ เบาหวาน ○ ครรภ์แฝด ○ กามโรค ○ วัณโรค

○ หอบหืด ○ โรคเลือด ○ พิการแต่กำเนิด ○ อื่นๆ (ระบุ) .....

ประวัติการเจ็บป่วย

○ ไม่มี ○ โรคเลือด ○ ไทรอยด์ ○ โรคหัวใจ ○ หอบหืด ○ โรคไต

○ มาลาเรีย ○ วัณโรค ○ โรคตับ ○ กามโรค ○ หัดเยอรมัน ○ เบาหวาน

○ ความดันโลหิตสูง ○ การผ่าตัดหรืออุบัติเหตุ (ระบุ) ..... ○ การใช้ยาและแพ้ยา .....

ประวัติการได้รับวัคซีนบาดทะยัก

○ เคยได้รับครบชุด ไม่เกิน 5 ปี

○ ได้รับวัคซีนบาดทะยักสำหรับครรภ์นี้ ฉีดเข็มที่ 1 วันที่ ..... ฉีดเข็มที่ 2 วันที่ .....

ฉีดเข็มที่ 3 วันที่ ..... กระตุ้น วันที่ .....

ประวัติการตั้งครรภ์ การแท้ง และการคลอด

ตั้งครรภ์ ครั้งที่	คลอด/แท้ง เมื่อ วดป.	อายุครรภ์ เมื่อคลอด/แท้ง	อาการผิดปกติ ขณะตั้งครรภ์	วิธีการคลอด /สถานที่คลอด	อาการผิดปกติของ มารดาหลังคลอด	ลักษณะเด็ก เมื่อคลอด	เพศ/ น้ำหนัก	สุขภาพเด็ก ในปัจจุบัน	หมายเหตุ
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

ประวัติการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

○ ไม่เคย ○ เคย ○ ยาเม็ด ○ ยาฉีด ○ ห่วงอนามัย ○ ยาหลอดฝัง ○ อื่นๆ (ระบุ) .....

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย ..... มี ..... วัน รู้สึกเด็กดิ้นครั้งแรกเมื่อ ..... วันครบกำหนดคลอด .....

อาการผิดปกติเมื่อตรวจครรภ์ครั้งแรก ○ ไม่มี ○ มี ○ อาเจียน ○ เวียนศีรษะ ○ ตาพร่ามัว

○ ท้องผูก ○ หลอดเลือดดำพอง ○ ริดสีดวงทวาร ○ ปวดท้อง (ระบุ) ..... ○ อื่นๆ (ระบุ) .....

การตรวจร่างกายทั่วไป ความสูง ..... เซนติเมตร น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ .....กก. ต่อมไทรอยด์ ..... เต้านม .....

หัวนม ..... หัวใจ ..... ปอด ..... ตับ ..... ม้าม ..... อื่นๆ .....

ตรวจสุขภาพปากและฟันครั้งแรก เมื่อวันที่ ..... พบฟันผุที่ยังไม่อุด ..... ซี่

เหงือกอับเสบ ○ ไม่มี ○ มี หินน้ำลาย ○ ไม่ ○ มี ได้รับการรักษาเหงือกและฟันครั้งแรกวันที่ .....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มเลือด ..... Rh ..... Hb ..... gm%

Hct. ครั้งแรก ..... % Hct. ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 32 สัปดาห์) ..... %

ไวรัสตับอักเสบ บี ..... หัดเยอรมัน ..... HIV .....

VDRL ครั้งที่ 1 ..... ครั้งที่ 2 ..... อื่นๆ .....