

## ภาคผนวก 1

## แบบสอบถามมารดา

วันที่บันทึก: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2008\_\_\_\_

เลขที่เด็ก \_\_\_\_

ชื่อเด็ก \_\_\_\_\_

วัน/เดือน/ปีเกิดของเด็ก: วันที่.....เดือน.....ปีพ.ศ.....

## I. ข้อมูลทั่วไป

1) ชื่อ-สกุลมารดา \_\_\_\_\_

2) วัน/เดือน/ปีเกิดของมารดา: วันที่.....เดือน.....ปีพ.ศ.....

## II. ประวัติการคลอดของเด็ก

- 3) ชนิดของการคลอด:
- <sub>1</sub> คลอดทางช่องคลอด ปกติ
- <sub>2</sub> ผ่าตัดทางหน้าท้อง
- <sub>3</sub> อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

4) น้ำหนักแรกคลอดของเด็ก \_\_\_\_\_ กรัม

5) อายุครรภ์เมื่อคลอด \_\_\_\_\_ สัปดาห์

## III. ประวัติการเลี้ยงดูเด็ก:

6) ใครเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ในวันจันทร์ถึงศุกร์?

-ถ้าคำตอบมากกว่าหนึ่งคนให้ตอบดังตัวอย่าง -พี่เลี้ยงเด็ก(กลางวัน) -แม่(กลางคืน)

- <sub>1</sub> มารดา
- <sub>2</sub> บิดา
- <sub>3</sub> ยาย
- <sub>4</sub> ย่า
- <sub>5</sub> พี่เลี้ยงเด็ก
- <sub>6</sub> อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

โดยใช้เวลาอยู่ด้วยกัน ประมาณวันละกี่ชั่วโมง

-ถ้าเป็นคนละคนกัน กลางวันที่ชั่วโมง กลางคืนก็ชั่วโมง ต.ย.-พี่เลี้ยงเด็ก(กลางวัน)...8...ช.ม. -แม่(กลางคืน)...9..ช.ม.

ตอบ\_\_\_\_\_ ชั่วโมง

7) ใครเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ในวันเสาร์อาทิตย์?

-ถ้าคำตอบมากกว่าหนึ่งคนให้ตอบดังตัวอย่าง -พี่เลี้ยงเด็ก(กลางวัน) -แม่(กลางคืน)

- <sub>1</sub> มารดา
- <sub>2</sub> บิดา
- <sub>3</sub> ยาย
- <sub>4</sub> ย่า
- <sub>5</sub> พี่เลี้ยงเด็ก
- <sub>6</sub> อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

โดยใช้เวลาอยู่ด้วยกัน ประมาณวันละกี่ชั่วโมง

-ถ้าเป็นคนละคนกัน กลางวันที่ชั่วโมง กลางคืนก็ชั่วโมง ต.ย.-พี่เลี้ยงเด็ก(กลางวัน)...8...ช.ม. -แม่(กลางคืน)...9..ช.ม.

ตอบ\_\_\_\_\_ ชั่วโมง

IV. การเลี้ยงด้วยนมแม่:

8) เด็กเคยถูกเลี้ยงด้วยนมแม่หรือไม่?

<sub>1</sub> ใช่ <sub>2</sub> ไม่ใช่

ถ้าใช่ นานเท่าไร?

- <sub>1</sub> น้อยกว่า 3 เดือน
- <sub>2</sub> 3 - 6 เดือน
- <sub>3</sub> 6 - 9 เดือน
- <sub>4</sub> 9 เดือนถึง 1 ปี
- <sub>5</sub> มากกว่า 1 ปี
- <sub>6</sub> จำไม่ได้

9) ตอนที่เลี้ยงด้วยนมแม่ ท่านให้ลูกดูนมแม่บ่อยแค่ไหน:

- <sub>1</sub> 3 ครั้งต่อวัน
- <sub>2</sub> 2 ครั้งต่อวัน
- <sub>3</sub> ครั้งละวัน
- <sub>4</sub> นานๆที
- <sub>5</sub> อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

---

**V. การดูนมขวด**

10) เด็กเคยถูกเลี้ยงด้วยนมขวดหรือไม่? <sub>1</sub> ใช่ <sub>2</sub> ไม่ใช่

11) เด็กเคยดูนมขวดนานเท่าไร?

- <sub>1</sub> มากกว่า 1 ปี  
<sub>2</sub> 9 เดือนถึง 1 ปี  
<sub>3</sub> 6-9 เดือน  
<sub>4</sub> 3-6 เดือน  
<sub>5</sub> น้อยกว่า 3 เดือน  
<sub>6</sub> จำไม่ได้

12) เด็กเคยดูขวดนมจนหลับไปหรือไม่? <sub>1</sub> เคย <sub>2</sub> ไม่เคย

ถ้าเคย บ่อยแค่ไหน?

- <sub>1</sub> นานๆ ครั้ง  
<sub>2</sub> บางโอกาส  
<sub>3</sub> บ่อยๆ  
<sub>4</sub> ทุกคืน

13) ท่านเคยให้เด็กดูน้ำหวาน หรือน้ำผลไม้ หรือนมหวาน นมช็อคโกแล็ต จนหลับไปตอนกลางคืนหรือไม่?

- <sub>1</sub> เคย <sub>2</sub> ไม่เคย

14) ท่านเคยเคี้ยวอาหารหรือขนมก่อนป้อนให้ลูกหรือไม่ (ที่เรียกว่าข้าวย่ำ) ?

- <sub>1</sub> เคย <sub>2</sub> ไม่เคย
- 

**VI. ประวัติการได้รับฟลูออไรด์**

15) ในช่วงตั้งครรภ์ ท่านดื่มน้ำหรือใช้น้ำในการประกอบอาหารจากแหล่งใด

- <sub>1</sub> น้ำประปา  
<sub>2</sub> น้ำขวดบรรจุขาย  
<sub>3</sub> ทั้งข้อ 1 และ 2  
<sub>4</sub> น้ำบ่อ/น้ำบาดาล  
<sub>5</sub> อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

16) ลูกของท่านแปรงฟันทุกวันหรือไม่? <sub>1</sub> ใช่ <sub>2</sub> ไม่ใช่

ถ้าใช่ ยาสีฟันที่ลูกท่านใช้เป็นชนิดใด?

- <sub>1</sub> ผสมฟลูออไรด์  
<sub>2</sub> ไม่ได้ผสมฟลูออไรด์  
<sub>3</sub> ไม่ทราบว่าผสมฟลูออไรด์หรือไม่ แต่ใช้ยี่ห้อ.....  
<sub>4</sub> อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

## VII. ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

17) เด็กได้กินขนมต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน?

	วันละหลายๆ ครั้ง	วันละครั้ง	สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง	ไม่เคย
น้ำอัดลม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
น้ำผลไม้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ขนมถุงกรอบกรอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หมากฝรั่งผสมน้ำตาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ลูกอม ท็อฟฟี่ ช็อคโกแล็ต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อมยิ้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ลูกเกด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เค้ก คุกกี้ ขนมปัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ขนมที่เด็กชอบรับประทาน และรับประทานเป็นประจำ \_\_\_\_\_

## VIII. ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ ของแม่

18) ท่านเคยได้รับประทานยาปฏิชีวนะหรือไม่? <sub>1</sub> เคย <sub>2</sub> ไม่เคย

ถ้าเคย เพราะ: \_\_\_\_\_

ชื่อ/ ชนิดยา: \_\_\_\_\_

19) ท่านได้รับประทานยาปฏิชีวนะครั้งสุดท้ายเมื่อใด?

- <sub>1</sub> 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา.
- <sub>2</sub> ภายในสัปดาห์ที่ผ่านมา
- <sub>3</sub> 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- <sub>4</sub> 3-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- <sub>5</sub> มากกว่า 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- <sub>6</sub> มากกว่าหนึ่งปีขึ้นไป
- <sub>7</sub> จำไม่ได้

## IX. ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ ของเด็ก

20) เด็กเคยได้รับประทานยาปฏิชีวนะหรือไม่? <sub>1</sub> เคย <sub>2</sub> ไม่เคย

ถ้าเคย เพราะ: \_\_\_\_\_

ชื่อ/ ชนิดยา: \_\_\_\_\_

21) เด็กได้รับประทานยาปฏิชีวนะครั้งสุดท้ายเมื่อใด?

- <sub>1</sub> 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา.  
<sub>2</sub> ภายในสัปดาห์ที่ผ่านมา  
<sub>3</sub> 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา  
<sub>4</sub> 3-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา  
<sub>5</sub> มากกว่า 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา  
<sub>6</sub> มากกว่าหนึ่งปีขึ้นไป  
<sub>7</sub> จำไม่ได้

X. ข้อมูลทางสังคมของแม่

22) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่?

- <sub>1</sub> ไม่เคย  
<sub>2</sub> ปัจจุบันสูบบุหรี่  
<sub>3</sub> เคยสูบบุหรี่แล้ว

23) ท่านดื่มแอลกอฮอล์ (เหล้า เบียร์) หรือไม่?

- <sub>1</sub> ไม่เคย  
<sub>2</sub> ปัจจุบันดื่มอยู่  
<sub>3</sub> เคยดื่มแต่เลิกแล้ว
- .....





	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
o																
m																
b																
d																
l																

0 = sound

1 = decayed

2 = filled & decayed

3 = filled, not decayed

4 = missed due to caries

5 = missed, other reason

6 = fissure sealing

7 = crown

8 = not erupted

9 = excluded

D
---

--

F
---

Teeth
-------

--

--

--

Surfaces
----------

--

--

--

Strip mutans score:
---------------------

