



# สถานรับเลี้ยงและพัฒนาศักยภาพเด็ก ทรีเนอร์ส

## THREE-NURSE EDUCARE NURSERY

[www.threenursenursery.com](http://www.threenursenursery.com)

เลขที่ 19 ซอย 58 ถนน พระรามเก้าตัดใหม่ แขวง / เขต สวนหลวง กรุงเทพฯ 10250 โทร 02-300-5517 โทรสาร 02-720-1133

เลขที่ 257/63 ซ.ประชาชื่น 30 ถ. ประชาชื่น แขวง / เขต บางซื่อ กรุงเทพฯ 10800 โทร 02-587-1880,081-208-4543

เลขที่ 268/25 ซอยลาดพร้าว 122 (ซอยมหาดไทย) แขวง / เขต วังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310 โทร 02-934-3995 โทรสาร 02-934-3997

ใบสมัครฝากดูแลเด็กก่อนเข้าเรียน

วันที่มาสมัคร.....

ข้อมูลทั่วไป

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

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....

เกิดที่โรงพยาบาล.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์ที่บ้าน.....

แผนที่บ้าน

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ชื่อมารดา.....นามสกุล.....ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail address.....

ผู้ที่สามารถมารับเด็กแทนบิดา/มารดาได้

- 1) ชื่อ.....นามสกุล..... โทรศัพท์.....  
2) ชื่อ.....นามสกุล..... โทรศัพท์.....  
3) ชื่อ.....นามสกุล..... โทรศัพท์.....

### ประวัติสุขภาพ

#### ▪ พัฒนาการและอุปนิสัย

เริ่มเดินเมื่ออายุ.....เดือน เริ่มพูดเมื่ออายุ.....เดือน  
เริ่มฝึกขับถ่ายเมื่ออายุ.....เดือน ขับถ่ายวันละ.....ครั้ง [ ] ฝึกการขับถ่ายเป็นนิสัย [ ] เพิ่งเริ่มฝึก  
คำพูดที่ได้บอกเมื่อต้องการอุจจาระ.....คำพูดที่ได้บอกเมื่อต้องการปัสสาวะ.....  
เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหารได้หรือไม่ [ ] ได้ [ ] ไม่ได้  
ลักษณะอาหาร เข้า..... กลางวัน..... เย็น.....  
อาหารว่าง.....อาหารที่เด็กไม่ชอบ.....  
เด็กสามารถดื่มน้ำจาก [ ] แก้ว [ ] ขวดนม [ ] ขวดน้ำดื่ม  
ของเล่นที่เด็กติดก่อนนอน.....ของเล่นที่เด็กชอบมากที่สุด.....  
ประสบการณ์ในการเล่นกับกลุ่มเพื่อน [ ] บ่อยๆ [ ] บางครั้ง [ ] ไม่เคย  
รายการโทรทัศน์ที่เด็กชอบ.....รายการที่เด็กกลัว.....

#### ▪ การได้รับวัคซีน (วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับ)

BCG.....Hepatitis B.....  
DPT&OPV.....MMR.....  
HIB.....JEV.....  
ไขหวัดใหญ่.....อีสุกอีใส.....  
วัคซีนโรคตาไวรัส.....IPD/อื่นๆ.....

#### ▪ หมู่โลหิต ABO.....Rh.....

#### ▪ ประวัติการเจ็บป่วย ภาวะระบุชนิดความรุนแรงของโรค และยาประจำตัวที่ต้องใช้

- [ ] ประวัติการเป็นโรคติดเชื้อ อีสุกอีใส คางทูม อื่นๆ.....  
[ ] หลอดลมอักเสบ หอบหืด โรคทางเดินหายใจ อื่นๆ.....  
[ ] ความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด.....  
[ ] เบาหวาน.....  
[ ] โรคลมชัก ชักจากไข้สูง.....  
[ ] แผล ฝีตามตัว อื่นๆ.....  
[ ] ประวัติการเจ็บป่วยร้ายแรง หรือได้รับอุบัติเหตุ.....  
[ ] แพ้ยา อาหาร พิษ สัตว์เลี้ยง อื่นๆ.....  
[ ] โรคประจำตัวอื่นๆ.....  
[ ] วิธีการคลอด [ ] คลอดปกติ [ ] ผ่าตัดคลอด  
[ ] ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการคลอด.....

- ในกรณีที่บิดา/มารดาไม่สามารถมารับเด็กได้แต่ได้มอบหมายให้บุคคลอื่นมารับแทน กรุณาโทรแจ้งล่วงหน้าทุกครั้ง
- ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินให้นำเด็กส่งโรงพยาบาล.....

**การตรวจร่างกายแรกรับ**

น้ำหนัก.....Kg. ส่วนสูง.....Cm. รอบศีรษะ.....Cm. ลักษณะรูปร่าง.....

อุณหภูมิ.....องศาเซลเซียส ชีพจร.....ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที

ลักษณะทั่วไป

ตา..... นู.....

คอ..... จมูก.....

ช่องปาก..... ผิวหนัง.....

หัวใจ..... ปอด.....

ช่องท้อง..... กระดูกสันหลัง.....

แขนขา..... อื่นๆ.....

ลงชื่อผู้ตรวจร่างกาย..... วันที่.....

**เอกสารประกอบ**

- [ ] สูติบัตร / รูปถ่าย
- [ ] สำเนาบัตรประชาชนบิดา / มารดา
- [ ] สำเนาทะเบียนบ้านบิดา / มารดา และ บุตร
- [ ] สำเนาบัตรประชาชนผู้ที่ยื่นบิดา/มารดาอนุญาตให้มารับเด็กแทนได้

**เอกสารรับทราบเงื่อนไขและข้อตกลงร่วมกัน**

ทางทรีเนอส เนอสเซอร์รี่ ได้ดูแลและปฏิบัติต่อเด็กตามมาตรฐานการดูแลเด็กปฐมวัย พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กและ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพอย่างเคร่งครัด ดังนั้นข้อตกลงที่เกิดขึ้นระหว่างทรีเนอส เนอสเซอร์รี่กับข้าพเจ้าในฐานะผู้ปกครองของ เด็กหญิง/เด็กชาย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับเงื่อนไขและข้อตกลงของสถานรับเลี้ยงเด็ก ทรีเนอส เนอสเซอร์รี่ แล้วเป็นอย่างดี ข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามเงื่อนไขข้อตกลงตามระเบียบการนั้นอย่างเคร่งครัด หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขข้อตกลงตามระเบียบการดังกล่าว ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบความเสียหายใดๆที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขและข้อตกลงนั้นโดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และข้าพเจ้ามีความยินยอมตามเงื่อนไขและข้อตกลง

ลงชื่อ.....(บิดา)

ลงชื่อ.....(มารดา)

วันที่.....

1. บิดา ชื่อ-สกุล (กรุณาระบุค่านำหน้าชื่อกรณีมียศ, ตำแหน่ง).....  
 อายุ.....วัน เดือน ปี เกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
 สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้).....  
 .....  
 .....  
 .....  
 เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....แฟกซ์.....  
 E-mail:.....จบการศึกษาระดับ.....รายได้ต่อเดือน.....  
 ปัจจุบันทำงานตำแหน่ง.....ลักษณะงาน.....  
 .....  
 .....  
 เบอร์โทรศัพท์.....แฟกซ์.....

2. มารดา ชื่อ-สกุล (กรุณาระบุค่านำหน้าชื่อกรณีมียศ, ตำแหน่ง).....  
 อายุ.....วัน เดือน ปี เกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
 สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้).....  
 .....  
 .....  
 .....  
 เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....แฟกซ์.....  
 E-mail:.....จบการศึกษาระดับ.....รายได้ต่อเดือน.....  
 ปัจจุบันทำงานตำแหน่ง.....ลักษณะงาน.....  
 .....  
 .....  
 เบอร์โทรศัพท์.....แฟกซ์.....

3. สถานภาพ บิดา/มารดา

- จดทะเบียนสมรส       ไม่จดทะเบียนสมรส       อยู่ด้วยกัน       แยกกันอยู่  
 หย่า       อื่นๆ.....

4. ข้อมูลผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเด็ก

- บิดา       มารดา       บิดาและมารดา       บุคคลที่เกี่ยวข้องกับเด็กเป็น.....

5. ข้อมูลผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของเด็กกรณีไม่ใช่บิดา มารดา

ชื่อ-สกุล (กรุณาระบุค่านำหน้าชื่อกรณีมียศ, ตำแหน่ง).....

อายุ.....วัน เดือน ปี เกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้).....

.....

.....

.....

เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....แฟกซ์.....

E-mail:.....จบการศึกษาระดับ.....รายได้ต่อเดือน.....

ปัจจุบันทำงานตำแหน่ง.....ลักษณะงาน.....

.....

.....

เบอร์โทรศัพท์.....แฟกซ์.....