

แพทย์เจ้าของไข้.....
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....เวลา.....น.
รับย้ายจาก.....ว.ค.ป.เวลา.....น.
สถานภาพการเงิน.....

1. ปัจจัยพื้นฐาน

1.1. ข้อมูลทั่วไป

ระดับการศึกษา..... อาชีพ..... สถานภาพสมรส.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

บุคคลที่ติดต่อได้..... เบอร์โทรศัพท์.....

1.2. ภาวะสุขภาพ

อาการสำคัญนำส่ง.....

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต.....

ประวัติแพ้ยา /อาหาร/สารเคมี.....

การผ่าตัดวันที่.....

X-ray:.....

1.3. ระบบครอบครัว เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

• เศรษฐกิจครอบครัว

ผู้หารายได้หลักของครอบครัว.....

การใช้จ่ายในครอบครัว ☐ เพียงพอ

☐ ไม่เพียงพอ (ระบุการแก้ปัญหา).....

• ครอบครัว (ผังครอบครัว)

ผู้ดูแลหลักเมื่ออยู่บ้าน..... ความเกี่ยวข้อง.....

ผู้ดูแลหลักเมื่ออยู่โรงพยาบาล..... ความเกี่ยวข้อง.....

• แหล่งประโยชน์อื่น ๆ

สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน.....

บุคคลที่ให้การช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา.....

สิทธิประโยชน์อื่นๆ.....

• ที่อยู่อาศัย

ลักษณะบ้าน.....

ลักษณะห้องน้ำ.....

บริเวณที่ผู้ป่วยนอน.....

การปรับสภาพที่อยู่หลังเจ็บป่วย ☐ ปรับแล้ว ☐ ยังไม่ปรับ

• ศาสนาและการปฏิบัติ / ความเชื่อ

นับถือศาสนา..... การปฏิบัติศาสนา.....

ความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต / สุขภาพ.....

• ลักษณะอารมณ์และนิสัย

2. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

• ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้

ความสามารถในการจดจำ.....

ความสามารถในการอ่าน/เขียน.....

• หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก

การสัมผัส ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

ความปวด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

ระดับความรู้สึกรู้ตัว ☐ รู้สึกรู้ตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกรู้ตัว

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการยอมรับ.....

ความคาดหวังต่อการรักษา.....

ปัญหาของผู้ป่วยที่มา ร.พ.....

ปัญหาของญาติที่มา ร.พ.....

3. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง

• เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ☐ ปรีกษาเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ

☐ อื่น ๆ.....

• ความเครียด/ความวิตกกังวล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

การแก้ปัญหา/ การเผชิญ.....

การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น

☐ ปกติ

☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

การดูแลตนเองให้เป็น และ ความสามารถในการดูแล	ก่อนเจ็บป่วย	หลังเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย
● การได้รับอากาศ	☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ)	☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ)
● การได้รับน้ำ	ปริมาณน้ำดื่ม วันละ.....แก้ว / ลิตร ประเภทเครื่องดื่ม..... ความสามารถในการดื่มน้ำ ☐ ทำได้เอง ☐ ต้องช่วย (ระบุ)..... ความสามารถในการกลืนน้ำ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....	ปริมาณน้ำดื่ม วันละ.....แก้ว / ลิตร ประเภทเครื่องดื่ม..... ความสามารถในการดื่มน้ำ ☐ ทำได้เอง ☐ ต้องช่วย (ระบุ)..... ความสามารถในการกลืนน้ำ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....
● การได้รับอาหาร	รับประทานอาหาร วันละ.....มื้อ มื้อละ.....จาน ความตรงเวลา ☐ ตรง ☐ ไม่ตรงเวลา ประเภทอาหาร ☐ อีสาน ☐ ชรามดา (ข้าวสวย) ☐ อ่อน ☐ อาหารปั่น(ระบุ)..... อาหารที่กระตุ้นให้ขับถ่าย..... รับประทานอาหารทุก ๆ คีบ ๆ ☐ ไม่รับประทานอาหาร ☐ รับประทานอาหาร (ระบุ)..... ความสามารถในการรับประทานอาหาร ☐ ทำได้เอง ☐ ต้องช่วย(ระบุ)..... การกลืน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ(ระบุ).....	รับประทานอาหาร วันละ.....มื้อ มื้อละ.....จาน ความตรงเวลา ☐ ตรง ☐ ไม่ตรงเวลา ประเภทอาหาร ☐ อีสาน ☐ ชรามดา(ข้าวสวย) ☐ อ่อน ☐ อาหารปั่น(ระบุ)..... อาหารที่กระตุ้นให้ขับถ่าย..... รับประทานอาหารทุก ๆ คีบ ๆ ☐ ไม่รับประทานอาหาร ☐ รับประทานอาหาร (ระบุ)..... ความสามารถในการรับประทานอาหาร ☐ ทำได้เอง ☐ ต้องช่วย (ระบุ)..... การกลืน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ(ระบุ).....
● การดูแลกิจวัตรประจำวัน	อาบน้ำ / เช็ดตัว.....ครั้ง / วัน แปรงฟัน.....ครั้ง / วัน สระผม..... ความสามารถในการทำความสะอาดร่างกาย ☐ ทำได้เองทั้งหมด ☐ ต้องช่วย (ระบุ)..... ความสามารถในการแต่งกาย ☐ ทำได้เองทั้งหมด ☐ ต้องช่วย (ระบุ).....	อาบน้ำ / เช็ดตัว.....ครั้ง / วัน แปรงฟัน.....ครั้ง / วัน สระผม..... ความสามารถในการทำความสะอาดร่างกาย/แต่งกาย ☐ ทำได้เองทั้งหมด ☐ ต้องช่วย (ระบุ)..... ความสามารถในการแต่งกาย ☐ ทำได้เองทั้งหมด ☐ ต้องช่วย (ระบุ).....
● การขับถ่ายอุจจาระ	ความถี่.....ลักษณะ..... ความผิดปกติ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... ความถี่ในการใช้ยา/วิธีระบาย.....	ความถี่.....ลักษณะ..... ความผิดปกติ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... ความถี่การใช้ยา /วิธีระบาย.....
● การขับถ่ายปัสสาวะ	ความถี่.....ครั้ง/วัน ลักษณะ..... ความผิดปกติ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....	☐ ปัสสาวะได้เองครั้ง/วัน ☐ สอนปัสสาวะเป็นระยะครั้ง/วัน IC/RU ml ☐ คาสายสวนปัสสาวะ เปลี่ยนสายทุก.....วัน/สัปดาห์ วันที่เปลี่ยนล่าสุด..... ความผิดปกติ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

