

SRINAGARIND HOSPITAL FACULTY OF MEDICINE KHONKEAN UNIVERSITY ASSESSMENT FORM (ADULT)	หอผู้ป่วย.....Bed.....	Department of.....PAGE.....
	AN.....HN.....	Attend staff.....
	ชื่อ.....	Diagnosis.....
	เพศ.....อายุ.....ปี	พยาบาลเจ้าของไข้.....วันที่รับไว้.....
	รับย้ายจาก.....วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.	Admit ครั้งที่.....สถานะการเงิน.....

1. ปัจจัยพื้นฐาน

ระดับการศึกษา.....อาชีพ.....
 ชื่อญาติ.....
 ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....

1.1 ภาวะสุขภาพ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

เหตุผลที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี้

☐ มาตามนัดเพื่อ.....

☐ อื่นๆ.....

ประวัติการแพ้ยา.....

การผ่าตัด ครั้งที่ 1.....เมื่อ.....

ครั้งที่ 2.....เมื่อ.....

ครั้งที่ 3.....เมื่อ.....

การตรวจร่างกาย.....

- ลักษณะผิวหนัง.....

- สภาพจิตใจ/อารมณ์ แกร็บ.....

- อุปกรณ์การแพทย์ที่อยู่ในร่างกาย.....

- ความคาดหวังในการรักษา.....

PARA.....LAST.....Yrs. LMP.....

1.2 ระบบครอบครัว เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ บุคคลที่ช่วยเหลือคือ.....

ผู้หารายได้หลักในครอบครัวคือ.....

การปฏิบัติศาสนกิจ/ความเชื่ออื่นๆขณะอยู่ที่บ้าน.....

2. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

2.1 ระดับความรู้สึกรู้ตัว ☐ รู้สึกรู้ตัวดี ☐ สับสน
☐ ชึม ☐ ไม่รู้สึกรู้ตัว

2.2 การรับรู้ของประสาทสัมผัส

การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ ประเมินไม่ได้

☐ ไม่ปกติ.....

การสัมผัส ☐ ปกติ ☐ ประเมินไม่ได้

☐ ไม่ปกติ.....

การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ประเมินไม่ได้

☐ ไม่ปกติ.....

2.3 ความเจ็บปวด ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ยาที่ใช้ประจำ.....

2.4 การพูด ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ.....

2.5 การอ่าน/การเขียน ☐ ได้ ☐ ไม่ได้.....

2.6 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

☐ รู้บางเรื่อง ☐ ไม่รู้

2.7 สิ่ง/บุคคล/เรื่อง ที่ห่วงกังวล และต้องการความช่วยเหลือคือ

ทะเบียนเลขที่.....

ผู้ลงทะเบียน.....

ผู้ลงทะเบียนD/C.....

3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และความต้องการการดูแล
ตนเองตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

3.1 การเคลื่อนไหว ☐ ปกติ

☐ ไม่ปกติ.....

3.2 การแต่งกาย ☐ ทำได้เอง

☐ ต้องการความช่วยเหลือ.....

3.3 การทำความสะอาดร่างกาย ☐ ทำได้เอง

☐ ต้องการความช่วยเหลือ.....

3.4 การทำความสะอาดหลังการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ

☐ ทำได้เอง

☐ ต้องการความช่วยเหลือ.....

3.5 การได้รับอาหาร/การรับประทานอาหาร

☐ รับประทานอาหารได้ตามปกติ

☐ ทางที่รับประทานอาหาร.....

☐ ชนิดของอาหาร.....

☐ อาหารแสดง/ไม่ชอบ.....

สรุป การได้รับอาหารขณะทำการประเมิน

☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ มีโอกาส

3.6 การได้รับน้ำ

ปริมาณน้ำดื่ม/วัน.....แก้ว

ลักษณะน้ำที่ดื่ม.....

สรุป การได้รับน้ำขณะทำการประเมิน

☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ มีโอกาส

3.7 การได้รับอากาศ

☐ หายใจทางจมูก

☐ อื่นๆ.....

สรุป การได้รับอากาศขณะทำการประเมิน

☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ มีโอกาส

3.8 การขับถ่ายปัสสาวะ

☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

3.9 การขับถ่ายอุจจาระ

☐ ปกติ ทุก.....วัน

☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

3.10 การนอนหลับ

- เข้านอนเวลา.....น.

- ตื่นนอนเวลา.....น.

- การใช้นอนหลับ.....

- ปัญหาในการนอนหลับ.....

สรุป การนอนหลับในขณะที่ทำการประเมิน

☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ

3.11 มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย/หอบขณะทำกิจวัตรประจำวัน

☐ ไม่มี ☐ มี.....

3.12 ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรค

ที่เป็นอยู่ การดูแลสุขภาพของตนเอง หรือข้อมูลอื่นๆ กับ
เจ้าหน้าที่

☐ มี ☐ ไม่มี

3.13 มีภาวะแทรกซ้อน/ผลจากพยาธิสภาพ

☐ ไม่มี ☐ มี.....

4. ผู้ดูแล

4.1 ผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลคือ.....

เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วย

ผู้ประเมิน.....

วันที่.....

ลำดับ ที่	คำถาม	มี	ไม่ มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกหุดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลินหรือไม่		
หมายเหตุ กรณีมี 1 ข้อขึ้นไปให้ประเมิน 9Q ต่อ			