

SRINAGARIND HOSPITAL FACULTY OF MEDICINE KHONKAEN UNIVERSITY	Name.....Age.....yrs. HN.....AN..... Ward.....	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ Page เตียง..... Staff/Resident..... Nurse..... รับใหม่จาก.....รับย้ายจาก..... วัน/เดือน/ปี.....เวลา..... สถานะการเงิน.....
	ASSESSMENT FORM (PSYCHIATRY)	First Diagnosis..... Last Diagnosis.....

1. ข้อมูลพื้นฐาน 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับการศึกษา..... อาชีพ..... สถานภาพสมรส.....เชื้อชาติ..... ศาสนา..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่..... ผู้ให้ข้อมูล.....เกี่ยวข้องกับ..... ชื่อยาติ..... ที่อยู่ญาติ..... โทรศัพท์..... 1.2 ภาวะสุขภาพ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต..... การแพ้ยาและสารอาหารต่าง ๆ..... การใช้ยาและสิ่งเสพติด..... 3 ประวัติครอบครัว 1.3.1 บุตรคนที่.....จำนวนพี่.....จำนวนน้อง..... (วาดภาพ family tree) 1.3.2 การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว..... 1.3.3 ลักษณะการเลี้ยงดู/สัมพันธภาพในครอบครัว 2. การประเมินสภาพจิต : Mental status examination 2.1 ลักษณะทั่วไป (general appearance) รูปลักษณะ /สิ่งผิดปกติที่พบ การแต่งกาย.....
--	---

2.2 การพูด (speech) 2.3 อารมณ์ (affect) 2.4 ความคิด (thought)..... 2.5 การรับรู้ (perception) 2.6 ความจำ (memory)..... 2.7 สมาธิ (concentration) 2.8 ความรู้ทั่วไป (general Intelligence) 2.9 การรับรู้สภาพรอบตัว (orientation) 2.9.1 เวลา (time)..... 2.9.2 สถานที่ (place)..... 2.9.3 บุคคล (person)..... 2.10 การตัดสินใจ และการเข้าใจปัญหาของตน (Judgement and Insight)..... 3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ตนเอง 3.1 การเคลื่อนไหว ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ 3.2 การแต่งกาย ☐ ทำได้เอง ☐ ต้องการความช่วยเหลือ 3.3 การทำความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย ☐ ทำได้เอง ☐ ต้องการความช่วยเหลือ	3.4 การรับประทานอาหาร ☐ รับประทานอาหารได้ตามปกติ ☐ รับประทานอาหารได้ไม่ปกติ ระบุ..... ทางที่รับประทานอาหาร ☐ ปาก ☐ อื่นๆ..... ชนิดของอาหาร..... สรุป การรับประทานอาหารขณะทำการประเมิน ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ 3.5 การได้รับน้ำ ปริมาณน้ำดื่ม.....แก้ว/วัน สรุป การได้รับน้ำขณะทำการประเมิน ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ มากเกินไป 3.6 การพักผ่อน เข้านอน.....น. ตื่นนอน.....น. ลักษณะการนอน ☐ หลับได้ช่วงยาว ☐ หลับได้ช่วงสั้นๆ ☐ นอนไม่หลับ 3.7 การได้รับอากาศ ☐ หายใจทางจมูก ☐ ใช้อุปกรณ์..... สรุป การได้รับอากาศขณะทำการประเมิน ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ 3.8 การขับถ่ายปัสสาวะ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... 3.9 การขับถ่ายอุจจาระ ☐ ปกติ ทุก.....วัน ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... ผู้ประเมินครั้งที่ 1.....ว/ด/ป..... ผู้ประเมินครั้งที่ 2.....ว/ด/ป.....
--	--