

SRINAGARIND HOSPITAL FACULTY OF MEDICINE KHONKAEN UNIVERSITY	AN.....HN.....	Ward.....Bed.....Page.....
	ชื่อ.....สกุล.....	Department.....
NURSE'S NOTE	เพศ.....อายุ.....ปี	Diagnosis.....

วันที่/เวร/เวลา	TREATMENT & MEDICATION						NURSE'S NOTE
	T	P	R	BP			
							ผู้ป่วยย้ายไปหอผู้ป่วย.....เวลา.....น
							ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วย
							<input type="checkbox"/> ให้ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ให้เนื่องจาก.....
							สาเหตุการย้าย
							<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยต้องการ เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> แพทย์ต้องการ เนื่องจาก.....
							ส่งอาการผู้ป่วยให้พยาบาลหอผู้ป่วยที่ย้ายไปรับทราบเวลา.....น
							เคลื่อนย้ายโดย
							<input type="checkbox"/> เดินไปเอง <input type="checkbox"/> รถนั่ง <input type="checkbox"/> รถนอน
							ผู้นำส่ง
							<input type="checkbox"/> แพทย์/นักศึกษาแพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/> พนักงานแปล
							สภาพ/อาการผู้ป่วยก่อนย้าย.....
						
							สิ่งที่ส่งมากับผู้ป่วย
							<input type="checkbox"/> Chart / Kardex <input type="checkbox"/> Film <input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> การ์ดยา <input type="checkbox"/> ใบรับรองสิทธิ
							<input type="checkbox"/> อื่นๆ

SRINAGARIND HOSPITAL FACULTY OF MEDICINE KHONKAEN UNIVERSITY		AN.....HN..... ชื่อ.....สกุล..... เพศ.....อายุ.....ปี		Ward.....Bed.....Page..... Department..... Diagnosis.....		
NURSE'S NOTE						
วันที่ / เวลา	TREATMENT & MEDICATION					NURSE'S NOTE
	T	P	R	BP		
						รับใหม่จาก.....
						ผู้ป่วยมาโดย <input type="checkbox"/> เดินมาเอง <input type="checkbox"/> รถนั่ง <input type="checkbox"/> รถนอน
						เจ้าหน้าที่
						<input type="checkbox"/> ให้การต้อนรับ <input type="checkbox"/> ตรวจสอบคำสั่งการรักษา/เซ็นยินยอม <input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ
						<input type="checkbox"/> ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง <input type="checkbox"/> ชักประวัติ/บันทึก
						เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับ
						<input type="checkbox"/> แนะนำสถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ / เครื่องใช้ส่วนตัว <input type="checkbox"/> กฎระเบียบ
						<input type="checkbox"/> สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล/ใบรับรองแพทย์/ใบประกันชีวิต
						<input type="checkbox"/> การสวมชุดโรงพยาบาล NURSE'S NOTE
						<input type="checkbox"/> การคิดป้ายข้อมือ <input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม เนื่องจาก.....
						<input type="checkbox"/> โรคและแผนการรักษาพยาบาล
						<input type="checkbox"/> การดูแลสุขภาพตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล
						อาการแรกรับ
						ระดับความรู้สึกรู้ตัว
						<input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> สับสน <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ช่วยตัวเองได้ <input type="checkbox"/> ช่วยตัวเองไม่ได้
						ผู้รับทราบข้อมูล <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ เกี่ยวข้องเป็น.....

SRINAGARIND HOSPITAL FACULTY OF MEDICINE KHONKAEN UNIVERSITY		AN.....HN..... ชื่อ.....สกุล..... เพศ.....อายุ.....ปี		Ward.....Bed.....Page..... Department..... Diagnosis.....		
NURSE'S NOTE						
วันที่ / เวลา	TREATMENT & MEDICATION					NURSE'S NOTE จําหน่ายโดย..... <input type="checkbox"/> แพทย์อนุญาต <input type="checkbox"/> ไม่สมัครใจอยู่ <input type="checkbox"/> หนักกลับ <input type="checkbox"/> ส่งต่อ (Refer) สภาพ/อาการผู้ป่วยก่อนจําหน่าย..... การให้ข้อมูลก่อนจําหน่าย <input type="checkbox"/> ความรู้เรื่องโรค <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหารและน้ำ <input type="checkbox"/> การขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> การพักผ่อน/การออกกำลังกาย/การฟื้นฟูสภาพและการทำกิจกรรมประจำวัน <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร/ความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงที่สำคัญ <input type="checkbox"/> การป้องกันภาวะแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด <input type="checkbox"/> การดูแลที่มีกิจกรรมพิเศษ <input type="checkbox"/> การมาตรวจตามนัด และขั้นตอนการมาตรวจตามนัด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
	T	P	R	BP		

SRINAGARIND HOSPITAL FACULTY OF MEDICINE KHONKAEN UNIVERSITY		AN.....HN..... ชื่อ.....สกุล..... เพศ.....อายุ.....ปี				Ward.....Bed.....Page..... Department..... Diagnosis.....					
NURSE'S NOTE											
วันที่ / เวลา	TREATMENT & MEDICATION					NURSE'S NOTE					
	T	P	R	BP							
							ผู้ป่วยถึงแก่กรรม วันที่.....เวลา.....น.				
							<input type="checkbox"/> ตกเตียงศพ				
							<input type="checkbox"/> ผูกป้ายข้อมือศพ				
							<input type="checkbox"/> เตรียมเอกสาร <input type="checkbox"/> ใบรับรองการตาย <input type="checkbox"/> ใบส่งศพ <input type="checkbox"/> ใบขอรับศพ				
							<input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลญาติ				
							<input type="checkbox"/> การดำเนินการจ่ายค่ารักษาพยาบาล / ค่าฉีดยา <input type="checkbox"/> การดำเนินการศพ / การบริจาคศพ				
							<input type="checkbox"/> ชั้นการแจ้งตาย				
							<input type="checkbox"/> ญาติแจ้งเอง				
							<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลแจ้ง				
							<input type="checkbox"/> แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องศพ เวลา.....น.				
							<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่มารับศพ เวลา.....น.				