

โรงพยาบาลเชาคิซฌกุก

วันที่แรกรับ.....เวลา.....น. การ

วินิจฉัย.....

อาการ

สำคัญ.....

ประวัติการเจ็บป่วย

ปัจจุบัน.....

.....ประวัติ

อดีต.....

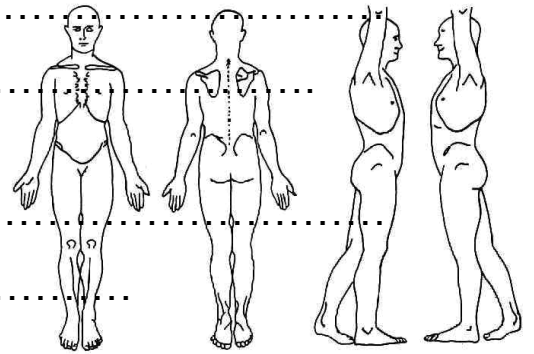
ประวัติ

ครอบครัว.....

ข้อห้ามข้อควร

ระวัง.....

การตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัด



การวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด/ปัญหาทางกายภาพบำบัด

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เป้าหมายการรักษา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แผนการรักษา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สรุปการรักษาทางกายภาพบำบัด (จำนวนครั้งที่รักษา ครั้ง)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> หายแล้ว | <input type="checkbox"/> ขาดการรักษา |
| <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นเป็นที่น่าสนใจ | <input type="checkbox"/> แพทย์ให้หยุดการรักษา |
| <input type="checkbox"/> ส่งต่อไปรักษาทำกายภาพที่อื่น | <input type="checkbox"/> ถูกจำหน่ายออกจาก |
| โรงพยาบาลก่อนสิ้นสุดการรักษา | |

แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด

Name.....	Age.....ปี	HN.....	AN
ward	เตียง.....	แผนกที่	

9	chest physical therapy																		
---	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

แบบบันทึกการให้บริการทางกายภาพบำบัด

Name.....	Age.....ปี	HN.....	AN
ward	เตียง.....	แผนกที่	

FM-NURG-IPD-005-00