

โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

1. ข้อมูลทั่วไป () รับใหม่ จาก..... () รับย้าย จาก.....
 มาโดย () เดินมา () รถนั่ง () รถนอน () อื่นๆ.....
 ผู้ให้ข้อมูล () ผู้ป่วย ()ญาติ () อื่นๆ.....
 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล.....

 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....

 การวินิจฉัยแรกรับ.....
 เคยเข้ารับการรักษาดังครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่.....ด้วยอาการ / โรค.....
 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต () ไม่มี () มี รักษาที่.....F/U.....
 () เบาหวาน () ความดันโลหิตสูง () หัวใจ () หอบหืด () วัณโรค () โรคเลือด
 () โรคตับ () โลหิตจาง () มะเร็ง () ลมชัก () อื่นๆ ระบุ.....
 ประวัติการผ่าตัด () ไม่เคย () เคย การผ่าตัด.....เมื่อ.....
 ภูมิแพ้ (รวมถึงอาหาร ยา อื่นๆ และปฏิกิริยาของการแพ้) () ไม่เคย () เคย.....

2. สภาพร่างกายผู้ป่วยแรกรับ

2.1 ระดับการรู้สึก () รู้สึกตัวดี () ง่วงปลุกตื่น สับสนบ้าง () ซึมปลุกไม่ค่อยตื่นต้องเขย่า
 () โกล้มหมดสติ หลับตลอดไม่รู้สึกเจ็บ () ไม่รู้สึกตัว

2.2 การหายใจ () ปกติ () หายใจ หอบเหนื่อย () หายใจลำบาก () อื่นๆ ระบุ.....

2.3 การไหลเวียนโลหิต สีผิว () ปกติ () ซีด () ปลายมือปลายเท้าเขียว () รอบปากเขียว () เขียวทั่วตัว
 อาการบวม () ไม่มี () บวม บริเวณ.....

2.5 ผิวหนัง () ปกติ () แห้งแตก () ผื่นแดง () ผื่นคัน () เหลือง

2.6 การติดต่อสื่อสาร () ได้ยินชัดเจน () ไม่ชัดเจน การใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง () มี () ไม่มี
 () เห็นชัดเจน () ไม่ชัดเจน สวมแว่น / คอนแทกเลนส์ () สวม () ไม่สวม
 การพูด () ชัดเจน () พูดติดอ่าง () เป็นใบ้ () อื่นๆ ระบุ.....

3. สภาพจิตใจผู้ป่วยแรกรับ

3.1 การแสดงออกทางด้านพฤติกรรม () ให้ความร่วมมือดี () กระวนกระวาย () ถอนหายใจบ่อย () ร้องไห้ () เอะอะโวยวาย
 และอารมณ์ () ไม่ยอมให้ความร่วมมือ () ประเมินไม่ได้ () อื่นๆ.....

3.2 สิ่งที่กำลังกังวลใจของผู้ป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาล (เช่น คนดูแลลูกที่บ้าน , ค่าใช้จ่าย).....

3.3 บุคคลที่มีความสำคัญและผู้ป่วยต้องการอยู่ใกล้ชิดมากที่สุดขณะนี้
 () บิดา () มารดา () บุตร () สามี () ภรรยา () บุคคลอื่นระบุ.....

การประเมิน โรคซึมเศร้า (ยกเว้นเด็ก)

3.4 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ () มี () ไม่มี

3.5 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกเบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลินหรือไม่ () มี () ไม่มี

แบบประเมินผู้ใช้บริการ

Name	Age	ปี	HN	AN
Ward			เตียง	แผ่นที่

4. การดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

- 4.1 การเคลื่อนไหว () เดินได้เอง () อาศัยคนอื่น () ใช้อุปกรณ์ช่วย (เช่นไม้เท้า ขาปลอม)
- 4.2 การนอนหลับชั่วโมง/วัน () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ การใช้ยานอนหลับ () ไม่เคยใช้ () เป็นครั้งคราว () ประจำ
- 4.3 การรับประทานอาหาร () รับประทานอาหารเอง () อาศัยคนอื่นป้อน จำนวนมื้อที่รับประทานอาหาร.....มื้อ
 ปัญหาในการรับประทานอาหาร () ไม่มี () เคี้ยวลำบาก () กลืนลำบาก () อื่นๆระบุ.....
 อาหารเฉพาะโรค () ไม่มี () มีระบุ.....
- 4.4 การขับถ่าย : อุจจาระ () ถ่ายทุกวัน วันละครั้ง () ไม่ถ่ายทุกวัน ถ่ายวัน / ครั้ง
 การใช้ยาระบาย () ใช้ () ไม่ใช้ รูเปิดหน้าท้อง () มี () ไม่มี
 ปัสสาวะ () ปกติ () ปัสสาวะแสบขัด () ปัสสาวะลำบาก () กลั้นไม่ได้
 () ใส่สายสวนปัสสาวะ () สวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว () ปัสสาวะทางรูเปิดหน้าท้อง
- 4.5 การออกกำลังกาย () ไม่ได้ออกกำลังกาย () ออกกำลังกาย ระบุ.....
- 4.6 การใช้เวลาว่าง.....
- 4.7 สิ่งเสพติด : สุรา () ไม่ดื่ม () ดื่ม.....แก้ว/วัน () เลิกแล้ว เมื่อ.....
 : บุหรี่ () ไม่สูบ () สูบ.....มวน / วัน () หยุดแล้ว เมื่อ.....
 : สารเสพติดอื่น () ไม่มี () มีระบุ.....

5. สภาพสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย

- 5.1 บุคลิกภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน () ชอบอยู่คนเดียวเงียบ ๆ () ชอบมีเพื่อน
- 5.2 สภาพอารมณ์โดยทั่วไป () ร่าเริง () เศร้าซึม () ซึมเศร้า () อื่นๆระบุ.....
- 5.3 บทบาทในครอบครัว () หัวหน้าครอบครัว () สมาชิกในครอบครัว
- 5.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ () ไม่มี () 1-2 คน () 3-4 คน () 5-6 คน () 6 คนขึ้นไป
- 5.5 สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน () บุตร () ภรรยา ()สามี () อื่นๆ ระบุ.....

6. สิทธิในการรักษา..... () ใบบรรองแพทย์ () ใบบุคลิกภาพ () ใช้ ระบุบริษัท..... () ใช้ จำนวนใบ () ไม่ใช่

7. ข้อมูลสภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านผู้ป่วย

- บ้าน () ชั้นเดียว () สองชั้นขึ้นไป ต้องขึ้นบันได () อื่นๆ ระบุ.....
- ห้องนอน () ชั้นบน () ชั้นล่าง
- ที่นอน () ฟูกหนา () ฟองน้ำหนา () เสื่อ () อื่นๆ ระบุ.....
- ส้วม () ส้วมแบบนั่งยอง () ส้วมแบบนั่งห้อยขาได้ () อื่นๆ ระบุ.....
- อื่นๆ ที่มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ให้ระบุ.....
- ผู้ให้ข้อมูล..... เกี่ยวข้องเป็น.....พยาบาลผู้บันทึก.....

เกณฑ์การประเมินความต้องการวางแผนจำหน่าย : ประเมินเพียง 1 ข้อ หมายถึงผู้ป่วยรายนี้ต้องได้รับการวางแผนจำหน่าย

1.ผู้ป่วย Dx ครั้งแรก เป็นโรคเรื้อรัง () ใช่ () ไม่ใช่	2. ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย () ใช่ () ไม่ใช่
3. ผู้ป่วย End of life, Palliative () ใช่ () ไม่ใช่	4. ผู้ป่วย HT,DM,Asthma ที่ Readmit /ที่มีปัญหาซับซ้อน () ใช่ () ไม่ใช่
4. ผู้ป่วย COPD () ใช่ () ไม่ใช่	5. ผู้ป่วย Bed ridden /Stroke () ใช่ () ไม่ใช่

แบบประเมินผู้ใช้บริการ

Name	Age	ปี	HN	AN
Ward			เตียง	แผ่นที่

