

1.วันที่รับไว้ใน รพ.....เวลา.....น. มาถึงหอผู้ป่วยโดย () เติมนมเอง () รถเข็นนั่ง () เปลนอน ข้อมูลจาก () ผู้ป่วย () ระบุ.....

2.อาการสำคัญ.....

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....

สถานที่ฝากครรภ์ () ระบุชื่อ รพช.....ครั้ง () ระบุชื่อ รพสต.....ครั้งที่ 1st ANC.....wks. ครั้งที่ 1 ก่อนอายุ ≤12wks.....ครั้งที่ 2 GA 13 - <20 wks.....ครั้งที่ 3 GA 20 - <26 wks.....ครั้งที่ 4 GA 26 - <32 wks.....ครั้งที่ 5 GA 32-40 wks.....ครั้งที่.....
ผล Labครั้งที่ VDRL1=.....VDRL2=.....HIV1=.....HIV2=.....HbsAg=.....Blood group=.....OF=.....DCIP=.....
Hb typing=..... Hct1=.....% Hct2=.....% Tetanus toxoid.....เข็ม () กระตุ้น () ไม่ได้รับ.....

3. การประเมินสภาพทางกาย

การเคลื่อนไหว : กล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ.....การทรงตัว () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ.....

การหายใจ : () ปกติ () ผิดปกติ.....

การไหลเวียนโลหิต : () หน้ามืด () ใจสั่น () บวมบริเวณ.....() อื่นๆระบุ.....

ต่อมน้ำเหลือง : () ปกติ () ผิดปกติ คลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณ.....อื่นๆระบุ.....

อาหารและการเผาผลาญ : ประเภท / รสชาติอาหารที่รับประทานเป็นประจำ ที่สัมพันธ์กับโรค.....
() เบื่ออาหาร () คลื่นไส้ () อาเจียน ลักษณะ.....

น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์.....กก. () น้ำหนักเพิ่มขึ้น.....กิโลกรัม () น้ำหนักลด ระบุ.....กิโลกรัม ในระยะเวลา.....เดือน

การขับถ่าย : อุจจาระ () ถ่ายทุกวัน วันละ.....ครั้ง () ถ่ายไม่ทุกวัน.....วัน/ครั้ง () ท้องผูก () ท้องเสีย การใช้ยาถ่าย () ใช้ () ไม่ใช้
: ปัสสาวะ () ปกติ () ผิดปกติ.....

การรับรู้และประสาทสัมผัส :

การมองเห็น () ปกติ () ผิดปกติ () เอียง () ตื้น () ขาว () บอด () บอดสี () มองไม่ชัด () สวมแว่นตา () คอนแทคเลนส์

การได้ยิน () ปกติ () ผิดปกติ () หูตึง () ขวา () ซ้าย

การพูด () ปกติ () ผิดปกติ () พูดติดอ่าง () พูดไม่ชัด () เป็นใบ้

ผิวหนัง: สีผิวทั่วไป () ปกติ () ซีด () ปลายมือปลายเท้าเขียว () อื่นๆระบุ.....
ผื่น/คัน () ไม่มี () มี ระบุ..... จ้ำเลือด () ไม่มี () มี ระบุ.....

การเจริญพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ.....

4.การประเมินสภาพทางจิตและสังคม การรับรู้ตนเองต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้

กระทบต่อภาพลักษณ์ () ไม่มี () มี

กระทบต่อสภาพอารมณ์และจิตใจ () ไม่มี () วิตกกังวล () ก้าวร้าว () ซึมเศร้า () กลัว () อื่นๆระบุ.....

กระทบต่อความรู้สึกในความสามารถของตนเอง () ไม่มี () มี.....

อาหารที่ละเว้นไม่รับประทาน(ตามความเชื่อ).....ความเชื่ออื่นๆ.....

ด้านเศรษฐกิจ สังคม คิดว่าจะมีปัญหาด้านเศรษฐกิจภายหลังคลอดหรือไม่ () ไม่มี () มี ระบุ.....

คำถามคัดกรองโรคซึมเศร้า

- ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านรู้สึกหงุดหงิด เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ () ไม่มี () มี การแก้ไข.....

- ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ () ไม่มี () มี การแก้ไข.....

แผนการดูแลรักษา () Try vagina delivery

() อื่นๆ.....

การให้ข้อมูล / คำแนะนำ

() แนะนำสถานที่ เวลาเยี่ยม นโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ () แนะนำบุคลากร ทีมรักษา เวลาตรวจเยี่ยมของแพทย์

() ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวขณะนอนโรงพยาบาล การแยกขยะ การแยกผ้าเปื้อน การสังเกตอาการผิดปกติ

() ชี้แจงให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะได้รับ () ให้ข้อมูล/แนะนำวิธีการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม

() ให้สุกศึกษา/Empowerment การปฏิบัติตัวก่อนคลอด-ขณะคลอด-หลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ()

บันทึกการพยาบาลและประเมินสมรรถนะผู้คลอดโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

Name	Age ปี	HN	AN
Ward	เตียง	แผ่นที่	