

โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

วัน เดือน ปี	รายการบันทึก			
<p>ประเภทการจำหน่าย</p> <p><input type="checkbox"/> แพทย์อนุญาต <input type="checkbox"/> หนักกลับ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมัครใจอยู่ <input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งต่อ</p> <p>สาเหตุ.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ระบุสถานที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ระบุยานพาหนะ.....</p> <p>อาการและอาการแสดงก่อนจำหน่ายด้านร่างกาย</p> <p><input type="checkbox"/> เต้านม – หัวนม การไหลของน้ำนมดี</p> <p><input type="checkbox"/> มดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> แผลฝีเย็บแห้งไม่บวมแดงอาการปวดลดลง</p> <p><input type="checkbox"/> แผลผ่าตัดแห้งดี , อาการปวดลดลง</p> <p><input type="checkbox"/> สัญญาณชีพปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองดี</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>ด้านจิตใจ – อารมณ์ – สังคม</p> <p><input type="checkbox"/> สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส</p> <p><input type="checkbox"/> การรับรู้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ดี</p> <p><input type="checkbox"/> สามี / ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด</p> <p>อาการผิดปกติหรือปัญหาที่ต้องติดตาม / แผนการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>วันนัด</p> <p>- ตัดไหม / ตรวจแผลช่องคลอด วันที่.....</p> <p>- ตัดไหมแผลผ่าตัด วันที่.....</p> <p>- ตรวจหลังคลอด วันที่.....</p> <p>- สิ่งที่คุณป่วยได้รับก่อนจำหน่าย</p> <p><input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> ไบแนด <input type="checkbox"/> ไบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ไบเคลมประกัน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">ผู้บันทึก / ตำแหน่ง.....</p>				
ใบบันทึกการจำหน่ายผู้คลอด				
Name	Age	ปี	HN	AN
Ward	เตียง			แผ่นที่

