

โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ ชื่อ-สกุล : อายุ ปี เดือน วัน

HN

XN

เลขบัตรประชาชน : ที่อยู่ :

วันที่ เวลาขึ้นบัตร น. สัญชาติ สิทธิการรักษา :

เวลาคัดกรอง ..... น. B.W. ....ก.ก. สูง ..... ซม. BMI ..... kg/m<sup>2</sup> B.T. .... Cทาง ..... P.R. .... /m R.R. .... /m B.P. .... m.m.Hg. ยกเว้น 0-3 ปี พิจารณาตามสภาพปัญหา Coma score E..... V..... M..... คัดกรองภาวะซีมเศร้า 2Q.....9Q.....คะแนน 8Q.....คะแนน ระดับการรู้สึกตัว  รู้สึกตัวดี  ไม่รู้สึกตัว  Non trauma  Trauma

ประเภทผู้ป่วย  Resuscitation  Emergency  Urgent  Semi Urgency  Non Urgency

อส .....  
ปป .....

.....การรักษาที่ได้รับมาแล้ว.....

PH ( ) ปฏิเสธ ถ้ามีระบุ ..... U/D ( ) ปฏิเสธ ถ้ามีระบุ.....

ประวัติการผ่าตัด..... FH ที่สอดคล้องกับโรคที่มา.....

Allergy ( ) ไม่มีประวัติแพ้ยาและการแพ้อื่น ๆ ( ) แพ้ยา..... แพ้อื่นๆ.....

ประวัติการใช้สารเสพติด ( ) ไม่เสพ ( ) เสพ ระบุ ..... การใช้สารเสพติดของบุคคลในครอบครัว ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....

ประวัติการสูบบุหรี่ ( ) ไม่สูบ ( ) สูบ ...../วัน มานาน..... การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ( ) ไม่ดื่ม ( ) ดื่มวันละ .....มานาน..... ดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัว ( ) ไม่มี ( ) มีระบุ.....

SH : อาชีพ .....ทำสวน..... รายได้.....

LMP เพศหญิงอายุ 11 - 60 ปี.....X.....วัน FP .....

เด็ก 0-14 ปี ประวัติการคลอด.....พัฒนาการ.....วัคซีน..... ลงชื่อผู้คัดกรอง.....

วันนัดครั้งต่อไป.....( ) ไม่นัด สถานะจำหน่าย ( ) กลับบ้าน ( ) สังเกตอาการ ( ) Refer for.....

( ) Admit for..... ( ) Dead

( ) คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่นอนรพ. ( ) ผ่ากอน ( ) ส่งต่อ ( ) ทำหัตถการ ( ) การผ่าตัด

อธิบายให้ทราบถึงเหตุผลและ ความจำเป็นเพื่อ.....

และการดำเนินของโรค แผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัวขณะนอนในโรงพยาบาล/การทำหัตถการ/การผ่าตัด

สิทธิการรักษา/สิทธิผู้ป่วย ผู้ให้คำยินยอม.....ผู้ป่วย/ผู้ปกครองเกี่ยวข้องเป็น.....

พยาบาลผู้ให้ข้อมูล..... ตำแหน่ง..... วันที่.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A .....

I .....

E .....

**คัดกรองวันโรค**

[ ] ท่านมีอาการไอติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์หรือไม่

[ ] ท่านมีอาการใช้ติดต่อกันนาน 1 เดือนหรือไม่

[ ] ท่านมีน้ำหนักลดเกิน 5%(2-5กก) ภายใน 1 เดือนหรือไม่

[ ] ท่านมีเหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืนหรือไม่

[ ] ท่านมีต่อมน้ำเหลืองที่คอโตเกิน 2 ซม. หรือไม่

[ ] Negative ทุกรายการ