

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/m² 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 () ดื่มวันละมานาน..... ดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัว () ไม่มี () มีระบุ
 SH : อาชีพ ทำสวน..... รายได้.....
 LMP เพศหญิงอายุ 11 - 60 ปี.....X.....วัน FP
 เด็ก 0-14 ปี ประวัติการคลอด.....พัฒนาการ.....วัคซีน..... ลงชื่อผู้คัดกรอง.....

A
 I
 E

คัดกรองวันโรค
 ท่านมีอาการไอติดต่อกันเกิน 2 สัปดาห์หรือไม่
 ท่านมีอาการใช้ติดต่อกันนาน 1 เดือนหรือไม่
 ท่านมีน้ำหนักลดเกิน 5%(2-5กก) ภายใน 1 เดือนหรือไม่
 ท่านมีเหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืนหรือไม่
 ท่านมีต่อมน้ำเหลืองที่คอโตเกิน 2 ซม. หรือไม่
 Negative ทุกรายการ

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.....
คำแนะนำ
 การใช้ยา การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค
 การรับประทานอาหาร มาตรวจตามนัด
 การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
 อาการผิดปกติที่ต้องมารพ อื่นๆ

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