

ใบบันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะผู้ป่วยแรกรับ

โรงพยาบาลปราสาท

ข้อมูลทั่วไป

รับใหม่วันที่เวลา..... น. จาก () OPD () ER () อื่นๆกรณีส่งต่อ ส่งต่อจาก

รับไว้ในโรงพยาบาลโดย () เดินมา () รถนั่ง () รถนอน () อื่นๆ

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล.....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว () ปฏิเสธ () มี ระบุ

เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล (ภายใน 1 ปี) () ปฏิเสธ () เคย ระบุ.....

ประวัติการผ่าตัด () ปฏิเสธ () เคย ระบุ.....

ประวัติการแพ้(ยา/อาหาร/สารเคมี/เลือด) () ปฏิเสธ () มี ระบุ

ประวัติการได้รับวัคซีน (เฉพาะ < 15 ปี) () ครบตามเกณฑ์ () ไม่ครบตามเกณฑ์ ระบุ

การเจริญเติบโตและพัฒนาการ(เฉพาะ < 15 ปี) () สมวัย () ไม่สมวัย ระบุ

ประวัติการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ () ปฏิเสธ () มี ระบุ.....

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว () ปฏิเสธ () มี ระบุ

สัญญาณชีพแรกรับ BT.....C PR...../min RR...../min BP.....mmHg

สภาพร่างกายผู้ป่วยแรกรับ.

ระดับความรู้สึกตัว () รู้สึกตัวดี () สับสน () ซึม () ไม่รู้สึกตัว

การหายใจ () ปกติ () หายใจหอบ () หายใจลำบาก () ไม่หายใจ () อื่นๆ.....

การไหลเวียนโลหิต สีผิว () ปกติ () ซีด () ปลายมือปลายเท้าเขียว () รอบปากเขียว () เขียวทั่วตัว

อาการบวม () ไม่มี () บวมบริเวณ.....

ผิวหนัง () ปกติ () หนังแตก () เขียวซ้ำ () ผื่นแดง () ผื่นคัน () เหลือง

การติดต่อสื่อสาร หู () ได้ยินชัดเจน () ได้ยินไม่ชัดเจน : ใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง () มี () ไม่มี

ตา () เห็นชัดเจน () เห็นไม่ชัดเจน : สวมแว่นตา () สวม () ไม่สวม

การพูด () ชัดเจน () พูดติดอ่าง () เป็นใบ้ () อื่นๆ ระบุ.....

สภาพจิตใจแรกรับ (การแสดงออกทางพฤติกรรม , การแสดงออกทางอารมณ์, สิ่งที่วิตกกังวล)

.....

อาการแรกรับ

.....

.....

Name of patient	Attending physician
-----------------	---------------------