



## แบบประเมินประวัติผู้ป่วยแรกรับ โรงพยาบาลทันตกรรม

ผู้ให้ข้อมูล <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ
<b>1. ข้อมูลแรกรับ วัน/เดือน/ปี ที่รับ.....</b>
1.1 ผู้ป่วยมาโดย <input type="checkbox"/> เติมน้ำเอง <input type="checkbox"/> รถนั่ง <input type="checkbox"/> รถนอน <input type="checkbox"/> ญาติอุ้ม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
1.2 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล.....
1.3 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....
1.4 อาการหวัด ไอ มีน้ำมูก ใน 1-2 wk.....
1.5 ประวัติติดเชื้อโควิด-19 และสัมผัสเสี่ยง.....
1.6 วันแรกของประจำเดือนรอบสุดท้าย (LMP) กรณีหญิงวัยเจริญพันธุ์ วันที่.....
Vital sign แรกรับ BT=.....°C    PR=.....ครั้ง/นาที    RR=.....ครั้ง/นาที    BP=.....mmHg O2 sat=.....%    Pain Score= .....sedation    score=.....
<b>2. ประวัติในอดีต</b>
2.1 ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว ..... ยาที่ทานประจำ .....
2.2 ประวัติความเสี่ยงโรคติดต่อสำคัญ (เช่น ไข้หวัดใหญ่ ตับอักเสบบ HIV อีสุกอีใส).....
2.3 ประวัติโรคทางกรรมพันธุ์ เช่น DM HT มะเร็ง.....
2.4 การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย.....ครั้ง การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย วันที่.....
2.5 การผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย.....ครั้ง (ระบุ).....
2.6 การแพ้ยา อาหาร หรือสารต่าง ๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ชื่อยา/อาการ.....
<b>กรณีผู้ป่วยเด็ก ( 0-5 ปี )</b>
2.7 ประวัติการคลอด <input type="checkbox"/> คลอดปกติ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม
2.8 ประวัติการรับวัคซีน <input type="checkbox"/> ครบตามเกณฑ์ <input type="checkbox"/> ไม่ครบตามเกณฑ์ (ระบุ).....
2.9 ภาวะโภชนาการ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ).....
2.10 พัฒนาการ <input type="checkbox"/> ตามวัย <input type="checkbox"/> ล่าช้า ( ระบุ ).....
<b>3. แบบแผนการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย</b>
3.1 การเคลื่อนไหว : การเดิน <input type="checkbox"/> การเดินได้เอง <input type="checkbox"/> อาศัยคนอื่นช่วย <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ช่วย ( เช่น ไม้เท้า ขาปลอม).....
3.2 การนอนหลับ : นอนหลับวันละ.....ชั่วโมง : นอนกลางวัน <input type="checkbox"/> ช่วงเช้า <input type="checkbox"/> ช่วงบ่าย <input type="checkbox"/> ไม่นอน <input type="checkbox"/> การใช้งานนอนหลับ <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> ประจำ <input type="checkbox"/> ไม่เคยใช้
3.3 ปัญหาในการรับประทานอาหาร : <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... : ประเภทของอาหารที่รับประทานที่บ้าน .....
3.4 น้ำหนัก .....กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร BMI .....
3.5 การขับถ่าย : อุจจาระ <input type="checkbox"/> ถ่ายทุกวัน วันละ .....ครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่ถ่ายทุกวัน ถ่าย.....วัน/ครั้ง : การใช้ยาระบาย <input type="checkbox"/> ไม่ใช้ <input type="checkbox"/> ใช้..... : ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ.....
3.6 การออกกำลังกาย และการใช้เวลาว่าง.....
3.7 สิ่งเสพติด : สุรา <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> เป็นประจำ : บุหรี่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> เป็นประจำ : การใช้ยาหรือสิ่งเสพติดอื่น <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
<b>4 สภาพสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย</b>
4.1 บทบาทในครอบครัว <input type="checkbox"/> หัวหน้าครอบครัว <input type="checkbox"/> สมาชิกครอบครัว <input type="checkbox"/> ศาสนา .....
4.2 จำนวนสมาชิกในครอบครัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> 1-2 คน <input type="checkbox"/> 3-4 คน ที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเลี้ยงดู <input type="checkbox"/> 5-6 คน <input type="checkbox"/> 6 คนขึ้นไป
4.3 การศึกษาของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาปีที่..... <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาปีที่..... <input type="checkbox"/> อนุปริญญา <input type="checkbox"/> ปริญญาตรีขึ้นไป
4.4 งานที่ผู้ป่วยทำในปัจจุบัน.....รายได้ประมาณ...../เดือน
<b>5. สภาพร่างกายผู้ป่วยแรกรับ</b>

5.1 ระดับความรู้สึก  รู้สึกตัวดี  สับสน  ซึม  ไม่รู้สึกตัว

5.2 การหายใจ  ปกติ  หายใจหอบ  หายใจลำบาก  ไม่หายใจ

5.3 การไหลเวียนโลหิต : สีผิว  ปกติ  ซีด  ปลายมือปลายเท้าเขียว  
 เขียวทั้งตัว  เขียวรอบปาก  อาการบวม

5.4 ผิวหนัง  ปกติ  แห้งแตก  เขียวช้ำ  ผื่นแดง  ผื่นคัน  เหลืองแดง

5.5 การติดต่อสื่อสาร

5.5.1 หู  ได้ยินชัดเจน  ได้ยินไม่ชัดเจน  หูหนวก  
การใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง  มี  ไม่มี

5.5.2 ตา  เห็นชัดเจน  เห็นไม่ชัดเจน สวมแว่นตา  สวม  ไม่สวม อื่น ๆ .....

5.5.3 การพูด  ชัดเจน  พูดติดอ่าง  เป็นใบ้  อื่น ๆ.....

**6. สภาพจิตใจผู้ป่วยแรกรับ**

6.1 การแสดงออกทางสังคมด้านพฤติกรรม

กระวนกระวาย  เฉย ๆ  ไม่สนใจผู้อื่น  ถอนหายใจบ่อย

ก้าวร้าว  ร้องไห้  เอะอะโวยวาย  ไม่ยอมให้ความร่วมมือ

6.2 การแสดงออกทางอารมณ์

โกรธ  โมโห  หงุดหงิด  สิ้นหนามีความวิตกกังวล  กลัว  ซึม

6.3 สิ่งที่กังวลใจของผู้ป่วยขณะพักรักษาในโรงพยาบาล (เช่น คนดูแลลูกที่บ้าน , ค่าใช้จ่าย ).....

6.4 บุคคลที่มีความสำคัญและผู้ป่วยต้องการอยู่ใกล้ซิดมากที่สุดขณะนี้

บิดา  มารดา  บุตร  เพื่อน  บุคคลอื่น ระบุ .....

6.5 ปัญหาทางด้านจิตใจที่ประเมินได้.....

**7. สรุปปัญหาจากการประเมิน**

.....

.....

.....

.....

.....

การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	ใช่	ไม่ใช่	ผู้ให้คำแนะนำ	วันที่ เวลา
1. การทำแผล				
2. การทำความสะอาดในช่องปาก				
3. อาหารที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้				
4. การทำกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อกลับบ้าน				
5. อาการผิดปกติที่ต้องรีบกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด				
6. แนะนำการรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง				
7. การมาตรวจตามนัด				
8. ช่องทางการติดต่อเมื่อมีปัญหาเร่งด่วน				
9. การส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่ รพ. ใกล้บ้าน				
10. การ Refer ไปรักษาที่รพ.ที่ชำนาญกว่า				