ADMISSION NOTE KUMPAWAPI HOSPITAL **HISTORY and PHYSICAL EXAMINATION**

CHIEF COMPLAINT: ประวัติได้จาก ( ) ผู้ป่วย ( ) ญาติ .....( ) ใบส่งตัว ( ) อื่นๆ.....

PRESENT ILLNESS :(5W 2H what, where, when, why, who, how, how many) ก่อนมาโรงพยาบาลการเจ็บป่วยครั้งนี้ ( ) ยังไม่ได้รักษาจากที่ใด ( ) รักษาแล้วโดย.....

PAST ILLNESS: ●ประวัติการผ่าตัด ( ) ไม่มี ( ) มี.....

●โรคประจำตัวและการรักษา ( ) ไม่มี ( ) DM type 2/1 ( ) HT ( ) CKD stage..... ( ) COPD/Asthma ( ) Heart **ระบุ**..... ( ) CVA **ระบุ**.....

( ) **โรคประจำตัวอื่น ๆ**.....รักษาที่ .....

*** กรณีมี underlying Malignancy ระบุ ตำแหน่งที่เป็น.....เป็นมานาน..... เดือน/ปี รักษาโดย.....

●**ประวัติการแพ้** ยา/อาหาร ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ ( ) มี **ระบุ**.....

ประวัติอื่น ๆที่เกี่ยวข้อง

-Smoking ( ) ปฏิเสธ ( ) เลิกแล้ว.....ปี ( ) สูบ.....มวน/วัน ..... ปี

-Alcohol ( ) ปฏิเสธ ( ) เลิกแล้ว ( ) ดื่ม .....

-Drug abuse ( ) ไม่เคยใช้ ( ) เคยใช้ .....

-Herb/Steroid ( ) ไม่เคยใช้ ( ) เคยใช้ .....

○ **เฉพาะเด็ก (0-14 ปี)** Vaccine ( ) ครบ ( ) ไม่ครบ .....

พัฒนาการ ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ .....

○ **เฉพาะผู้หญิง (11-60 ปี)** ( ) Menopause ( ) คุมกำเนิด .....

ประจำเดือน ( ) ปกติ LMP..... ( ) ผิดปกติ.....

○ **ประวัติFamily/Social/การทำงาน** (ที่เกี่ยวข้อง) .....

REVIEW OF SYSTEM

ผิวหนัง ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ .....

ตา หู จมูก ปาก คอ ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ .....

ต่อมน้ำเหลือง ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ .....

ทางเดินอาหาร ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ .....

ทางเดินหายใจ ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ .....

หัวใจและหลอดเลือด ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ .....

กล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ .....

ระบบประสาท ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ .....

อวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ .....

PHYSICAL EXAMINATION: **Date**..... **Time**.....น. **BW**.....Kgs. **Height**.....cms.

Vital sign: **BT**.....°C **PR**...../min **RR**...../min **BP**.....mmHg **O_2sat**.....% RA or **On O_2**.....LPM **DTX**.....mg%

GSC E....V....M.... **Pupil Rt**.....mm.....**Lt**.....mm.....

GA : ( ) WNL ( ) Abnormal.....

HEENT : ( ) WNL ( ) Abnormal.....

CHEST : ( ) WNL ( ) Abnormal.....

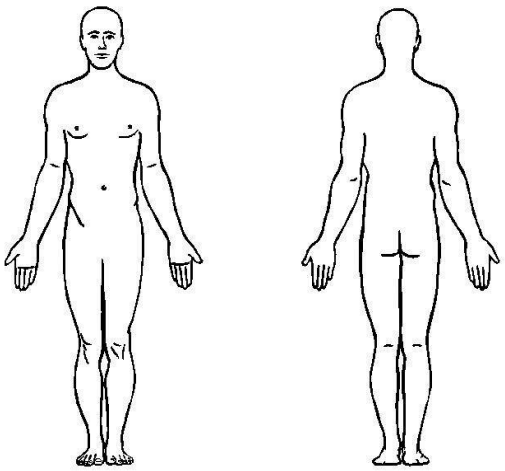
HEART : ( ) WNL ( ) Abnormal.....

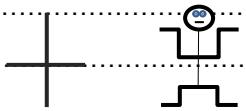
ABDOMEN : ( ) WNL ( ) Abnormal.....

EXTREMITY : ( ) WNL ( ) Abnormal.....

NEURO : ( ) WNL ( ) Abnormal.....

Other : .....





Investigation

Problem list	**Provisional Diagnosis**	**Plan of treatment** ( ) .....
.....	.....	( ) Observation for .....
.....	.....	( ) Supportive Rx.....
.....	.....	( ) IV Medication / IV Fluid /.....
		( ) Surgery.....

Attending physician

(ชื่อ-นามสกุล)

เลข ว.....

(IM ปรับปรุง 1/11/62)

ติดสติ๊กเกอร์