ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลจาก ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติ ☐ อื่นๆ.....

1. ว/ด/ป ที่รับใหม่.....เวลา.....น. รับจาก ☐ OPD ☐ ER ☐ OR ☐ รับReferจาก.....

2. มาถึงหอผู้ป่วย.....โดย ☐ เดินมา ☐ รถนั่ง ☐ รถนอน ☐ อื่นๆ.....

3. อาการสำคัญที่มา รพ. .....

4. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

.....

.....

5. ประวัติการแพ้ยา (ยา/อาหาร/สารเคมี/เลือด) ☐ ปฏิเสธ ☐ มี (ระบุ) .....ปฏิกิริยาการแพ้.....

6. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

6.1 โรคประจำตัว ☐ ปฏิเสธโรคประจำตัว ☐ มี ได้แก่ ( ) DM……ปี ( ) HT……..ปี ( ) CAPD……..ปี

( ) CKD……ปี ( ) อื่นๆ.....

6.2 สถานที่รักษา/รับยา .....

6.3 การรักษาในโรงพยาบาล ☐ **ไม่เคย** ☐ **เคยครั้งสุดท้ายเมื่อ**.....**เนื่องจาก**.....

6.4 การผ่าตัด ☐ **ไม่เคย** ☐ **เคยเมื่อ**.....**เนื่องจาก**.....

6.5 ประวัติโรคประจำตัวของครอบครัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ โรคและความเกี่ยวพันกับ Pt.) .....

ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อได้.....**ความสัมพันธ์**.....Tel……..

อาการผู้ป่วยแรกรับ.....

.....

.....

ข้อมูลการตรวจร่างกายแรกรับ

1. V/S แรกรับ: T = ……**°C P=**……..ครั้ง/นาที **R=**……..ครั้ง/นาที **BP=**……mmHg **O2 sat**……..……%

2. ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี ☐ ง่วงซึม ☐ สับสน ☐ ไม่รู้สึกตัว

3. การหายใจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ( ) หายใจหอบ ( ) หายใจตื้น ( ) หายใจลำบาก ( ) ใช้เครื่องช่วยหาย ( ) อื่นๆ.....

เสียงปอด ☐ปกติ ☐ Crepitation…… ☐ Wheezing…… ☐ Breath sound ลดลง ☐ อื่นๆ.....

4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....( ) บวม.....( ) เจ็บแน่นหน้าอก pain score……คะแนน

( ) เส้นเลือดที่คอโป่ง ( ) ผิดซีด ( ) .....

ชีพจร ☐ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ ( ) เร็ว ( ) ช้า ( ) เบา ( ) ไม่สม่ำเสมอ ( ) คลำไม่ได้

5. ตา/หู/จมูก ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)…….

6. ผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุลักษณะ/ตำแหน่ง)……

7. ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)……

8. ระบบทางเดินอาหาร ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)…….....

Abdomen sign ☐ปกติ ☐ผิดปกติ **( )** Guarding ( ) Tender…… …. ( ) Rebound tender mess……

9. บาดแผล ☐ **ไม่มี** ☐ **มี** (ระบุ)…….....

10. อาการรบกวน ☐ **ไม่มี** ☐ **มี** ได้แก่ ( ) เวียนศีรษะ ( ) ปวดศีรษะ ( ) ใจสั่น ( ) เหนื่อย ( ) คลื่นไส้ ( ) อาเจียน ( ) อื่นๆ.....

Update 25/01/62

ติดสติ๊กเกอร์