

แบบบันทึกประวัติ ตรวจร่างกาย และ สภาพจิตผู้ป่วยแรกรับ (สำหรับแพทย์)		
ประวัติได้จาก [☐] ผู้ป่วย [☐]ญาติ เกี่ยวข้อง..... [☐] ผู้นำส่ง..... [☐] อื่นๆ ระบุ.....		
อาการสำคัญ (Chief complaint) :		
ประวัติปัจจุบัน (Present illness) : [☐] ยังไม่ได้รับการ [☐] รักษามาแล้วจาก.....		
ประวัติอดีต (Past history) : - โรคประจำตัว..... รักษาที่..... - ประวัติแพ้ยา/แพ้อาหาร ระบุ..... - ประวัติผ่าตัด - ประวัติวัคซีน/พัฒนาการ..... - ประวัติประจำเดือน (LMP)..... () หมดประจำเดือน	ประวัติส่วนตัว (Personal history) : - ประวัติสารเสพติด ประเภท.....ปริมาณ.....ระยะเวลาที่ใช้.....last dose..... ประเภท.....ปริมาณ.....ระยะเวลาที่ใช้.....last dose..... ประเภท.....ปริมาณ.....ระยะเวลาที่ใช้.....last dose..... ประวัติครอบครัว (Family history) :	
ประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ (Review of system) : ระบบผิวหนัง [☐] ปกติ [☐] ผิดปกติ..... ระบบทางเดินปัสสาวะ [☐] ปกติ [☐] ผิดปกติ..... ศีรษะ ตา หู คอ จมูก ช่องปาก [☐] ปกติ [☐] ผิดปกติ..... ระบบสืบพันธุ์ [☐] ปกติ [☐] ผิดปกติ..... ระบบหัวใจและหลอดเลือด [☐] ปกติ [☐] ผิดปกติ..... ระบบต่อมไร้ท่อ เลือด น้ำเหลือง [☐] ปกติ [☐] ผิดปกติ..... ระบบทางเดินหายใจ [☐] ปกติ [☐] ผิดปกติ..... ระบบข้อและกระดูก [☐] ปกติ [☐] ผิดปกติ..... ระบบทางเดินอาหาร [☐] ปกติ [☐] ผิดปกติ..... ระบบประสาท [☐] ปกติ [☐] ผิดปกติ.....		
Physical Examination Vital signs : BT..... C HR.....bpm BP.....mmHg RR...../min BW.....kg Ht.....cm BMI..... HEENT [☐] normal [☐] abnormal..... Heart [☐] normal [☐] abnormal..... Lungs [☐] normal [☐] abnormal..... Abdomen [☐] normal [☐] abnormal..... Extremities [☐] normal [☐] abnormal..... Nervous systems [☐] normal [☐] abnormal..... Other.....	Mental status examination General Appearance..... Psychomotor..... Mood and affect..... Speech..... Thought..... Perception..... Sensorium and Cognition..... Judgement..... Insight.....	
Problem lists :	Provisional Diagnosis :	Co-morbid :
Indication for admit : [☐] Harm to other [☐] Harm to self [☐] Poor support [☐] Other.....	Plan of management : [☐] Medication Adjust [☐] Suicidal Precaution [☐] Other.....	Attending Physician : ว..... (.....) วันที่..... เวลา..... น.

