



แบบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก

สถานพยาบาลปฐมภูมิ ทร. ชื่อหน่วย..... SNC วันเดือนปี เวลา

ยศ-ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... อายุ..... ปี NMD HN..... เลขที่ OPD.....
 เลขที่บัตรประชาชน : _____

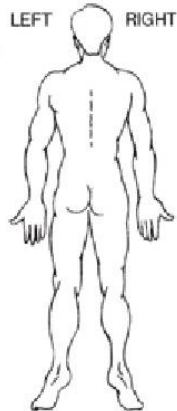
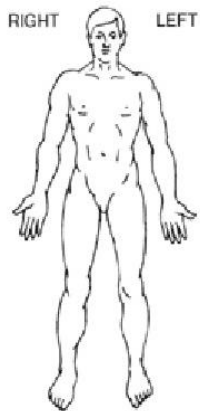
- อาการสำคัญ.....
- ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

3. ประวัติการแพ้ยา แพ้ ระบุชื่อยาที่แพ้..... อาการที่แพ้.....
 ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่ทราบ

ประวัติการแพ้อาหาร ไม่ทราบ ไม่มี มี ระบุสิ่งที่แพ้..... อาการ.....
 ประวัติการดื่มสุรา ไม่ดื่ม ดื่มบางครั้ง ดื่ม..... แก้ว/ขวดต่อวัน นาน..... ปี
 ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบบางครั้ง สูบ..... มวน/ซองต่อวัน นาน..... ปี
 การใช้สารเสพติด ไม่มี มี ระบุ.....
 โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุโรค.....

4. วิถีมา เดิน รถนั่ง รถนอน

5. Temp = °C, PR = /min, RR = /min, BP=..... mmHg
 BW = kgs., Ht. = CMS., BMI....., Glasgow Coma Score....., Pain Score.....



6. การตรวจร่างกาย

ลักษณะทั่วไป ปกติ เหลือง ซีด เขียว เหนื่อย

การรู้สึกตัว ปกติ ไม่ปกติ ระบุ.....

HEAD: ปกติ ไม่ปกติ ระบุ.....

EENT: ปกติ ไม่ปกติ ระบุ.....

NECK: ปกติ ไม่ปกติ ระบุ.....

CHEST:.....

ABDOMEN: ปกติ ไม่ปกติ ระบุ.....

EXTREMITIES: ปกติ ไม่ปกติ ระบุ.....

OTHERS:.....

7. การวินิจฉัย 1..... ICD10.....
 2..... ICD10.....
 3..... ICD10.....

8. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่มี มี ระบุ.....

9. การรักษา.....

10. หัตถการ 1..... ICD9.....
 2..... ICD9.....
 3..... ICD9.....

11. แผนการรักษา ไม่มีนัด นัด วันที่นัด..... รับป่วย ส่งต่อ.....

12. คำแนะนำ.....

พยาบาลผู้บันทึก..... แพทย์ผู้รักษา..... เลขที่.....
 (ตัวบรรจง)