

	วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....	รหัสหน่วยบริการ.....	ชื่อหน่วยบริการ.....	
ข้อมูลทั่วไป	เลขาบัตรประชาชน : ชื่อ-สกุล : (พระภิกษุ/นาย/นาง/นางสาว)..... วัน เดือน ปี เกิด :/...../..... อายุ :ปี เพศ..... กลุ่มเลือด..... สถานะสุขภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยก อาชีพ:..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ :ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... สิทธิด้านสุขภาพ : <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ/ไม่มี <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> แรงงานนอกระบบ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม หน่วยงาน <input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างประจำ กระทรวง.....หน่วยงาน.....			
ตรวจสุขภาพโดย อสม.	น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร เส้นรอบเอว*.....เซนติเมตร [ลงพุง ชาย>90 ซม.,หญิง >80 ซม.] ความดันโลหิต(ครั้งที่1)*...../.....mm/Hg ความดันโลหิต(ครั้งที่2)*...../.....mm/Hg ชีพจร.....ครั้ง/นาที ปกติ=[< 120 / < 80], เลี่ยง=[120-139/80-89], สูงระดับ1=[140-159/90-99], สูงระดับ2=[≥ 160/ ≥100] กรณีที่วัดความดันครั้งที่ 1 ผลผิดปกติ ให้ผู้รับบริการพัก 15 นาที แล้วจึงวัดซ้ำครั้งที่ 2 ควรนั่งพักก่อนวัดความดันโลหิต 10 – 15 นาที วัดสายตาด้วย E-Chart <input type="checkbox"/> 1)สายตามัว อ่านไม่ได้ <input type="checkbox"/> 2)สายตาไม่มัว อ่านได้ ตรวจฟันผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป <input type="checkbox"/> 1)มีฟันใช้งานจำนวน 20 ซี่ขึ้นไป <input type="checkbox"/> 2)มีฟันใช้งานได้ น้อยกว่า 20 ซี่			
ประวัติครอบครัว	1. บิดา-มารดาของท่าน มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 1)เบาหวาน(DM)* <input type="checkbox"/> 2)ความดันโลหิตสูง(HT)* <input type="checkbox"/> 3)โรคเกาต์(Gout)* <input type="checkbox"/> 4)โรคไตวายเรื้อรัง(CRF)* <input type="checkbox"/> 5)กล้ามเนื้อหัวใจตาย(MI)* <input type="checkbox"/> 6)อัมพาตจากเส้นเลือดสมอง(Stroke)* <input type="checkbox"/> 7)ถุงลมโป่งพอง(COPD)* <input type="checkbox"/> 8)มะเร็งทุกชนิด <input type="checkbox"/> 9)ต้อหิน <input type="checkbox"/> 10)หอบหืด/ภูมิแพ้ <input type="checkbox"/> 11)โรคเรื้อน <input type="checkbox"/> 12)อื่นๆ (ตัดขา , ตาบอด) <input type="checkbox"/> 13)วัณโรค <input type="checkbox"/> 14)ธาลัสซีเมีย <input type="checkbox"/> 15)โรคจากภาวะจิตหรือวิกลจริต 2. พี่-น้องสายตรงท่าน มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 1)เบาหวาน(DM)* <input type="checkbox"/> 2)ความดันโลหิตสูง(HT)* <input type="checkbox"/> 3)โรคเกาต์(Gout)* <input type="checkbox"/> 4)โรคไตวายเรื้อรัง(CRF)* <input type="checkbox"/> 5)กล้ามเนื้อหัวใจตาย(MI)* <input type="checkbox"/> 6)อัมพาตจากเส้นเลือดสมอง(Stroke)* <input type="checkbox"/> 7)ถุงลมโป่งพอง(COPD)* <input type="checkbox"/> 8)มะเร็งทุกชนิด <input type="checkbox"/> 9)ต้อหิน <input type="checkbox"/> 10)หอบหืด/ภูมิแพ้ <input type="checkbox"/> 11)โรคเรื้อน <input type="checkbox"/> 12)อื่นๆ (ตัดขา , ตาบอด) <input type="checkbox"/> 13)วัณโรค <input type="checkbox"/> 14)ธาลัสซีเมีย <input type="checkbox"/> 15)โรคจากภาวะจิตหรือวิกลจริต			
ประวัติส่วนตัว	1. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วยหรือต้องพบแพทย์ด้วยโรคหรืออาการต่อไปนี้หรือไม่ ? 1.1 โรคเบาหวาน (DM) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ 1.2 โรคความดันโลหิตสูง (HT) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ 1.3 โรคตับ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ 1.4 โรคอัมพาต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ 1.5 โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ 1.6 ไขมันในเลือดผิดปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ 1.7 ผลที่เท้า/ตัดขา(จากเบาหวาน) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี 1.12 น้ำหนักลด/อ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี 1.8 คลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี 1.13 เป็นแผลริมฝีปากบ่อยและหายยาก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี 1.9 ตุ่มน้ำบ่อยและมาก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี 1.14 คันตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี 1.10 ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี 1.15 ตาพร่ามัวต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี 1.11 กินจุแต่ผอมลง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี 1.16 ขาปลายมือเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี 2. กรณีที่ท่านมีประวัติเจ็บป่วยตาม 1 ท่านปฏิบัติตนอย่างไร <input type="checkbox"/> 2.1 รับการรักษาอยู่/ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ <input type="checkbox"/> 2.2 รับการรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> 2.3 เคยรักษา ขณะนี้ไม่รักษา/หายาทานเอง			

1. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่?*

- 1.1 สูบ เริ่มสูบเมื่ออายุ.....ปี ระยะเวลาที่สูบหรือเคยสูบถึงปัจจุบัน.....ปี
- ชนิดบุหรี่ที่สูบ บุหรี่ซอง บุหรี่มวนเอง
- จำนวนที่สูบหรือเคยสูบ.....มวน/วัน
- 1.2 ไม่สูบ
- 1.3 เคยสูบแต่เลิกแล้ว

2. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่?*

- 2.1 ดื่ม เริ่มดื่มเมื่ออายุ.....ปี จำนวน.....ครั้ง/สัปดาห์ (เหล้า>45cc/วัน เบียร์>240cc/วัน ไวน์>120cc/วัน)
- ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ดื่มเหล้าขาว-ผสม ดื่มเบียร์ ดื่มไวน์ สุราพื้นเมือง แซ่ผลไม้ อื่นๆ
- 2.2 ไม่ดื่ม
- 2.3 เคยดื่มแต่เลิกแล้ว
- 2.4 นานๆ ดื่มครั้ง (ดื่มตามเทศกาล)

3. ท่านออกกำลังกาย/เล่นกีฬาหรือไม่?*

- 3.1 ออกกำลังกายทุกวัน ครั้งละ 30 นาที
- 3.2 ออกกำลังกายสัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ
- 3.3 ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ
- 3.4 ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
- 3.5 ไม่ออกกำลังกายเลย

4. ท่านชอบอาหารรสใด?*

- 4.1 หวาน 4.2 เค็ม 4.3 มัน 4.4 ไม่ชอบทุกข้อ

5. ท่านขี้หรือโดยสาร รถจักรยานยนต์/รถยนต์ส่วนบุคคล?*

- 5.1 ไม่ขี้/ไม่โดยสาร
- 5.2 ขี้/โดยสาร และใส่หมวกกันน็อก /คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง
- 5.3 ขี้/โดยสาร และใส่หมวกกันน็อก /คาดเข็มขัดนิรภัยบางครั้ง
- 5.4 ขี้/โดยสาร และใส่หมวกกันน็อก /คาดเข็มขัดนิรภัยนานๆ ครั้ง

6. เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยาของท่าน ท่านหรือคู่ของท่าน ใช้ถุงยางอนามัย?*

- 6.1 ไม่ตอบ 6.2 ใช้บางครั้ง
- 6.3 ไม่ใช้ 6.4 ใช้ทุกครั้ง 6.5 ใช้เมื่อถูกขอหรือ
- 6.6 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยาของตนเอง

7. พฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ

- 7.1 กินอาหารสุกๆดิบๆ 1 ไม่กิน 2 นานๆกินครั้ง 3 กินบ่อยๆ
- 7.2 กินยาชุด 1 ไม่กิน 2 นานๆกินครั้ง 3 กินบ่อยๆ
- 7.3 การแปรงฟันตอนเช้าและก่อนนอน
- 1 ไม่แปรงเลย
- 2 แปรง
- 2.1 ทุกวัน 2 เวลา 2.2 ทุกวัน 1 เวลา
- 2.3 บางวัน 2 เวลา 2.4 บางวัน 1 เวลา

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม(ภาษาอีสาน)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาอีสานและใช้สำเนียงอีสานสำหรับสอบถามผู้ที่จะระดับประถมศึกษา กาเครื่องหมาย “/” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการแล้วรวมคะแนน

หมายเหตุ ให้เน้นการถามเพื่อการค้นหาอาการในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเท่านั้น

ภาษาอีสาน	ภาษากลาง	ไม่เคยมี ไม่เคยเป็น (ไม่มีเลย)	เป็นกลางเทื่อ (เป็นบางวัน 1-7 วัน)	เป็นคู่(เป็น บ่อย > 7 วัน)	เป็นคู่มือ (เป็นทุกวัน)
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาผมมีใจเจ้ามืออาการนี้ดูซ้ำได้	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	0	1	2	3
1. บ่อยากเห็ดหยัง บ่สนใจเห็ดหยัง	1. เบื่อ ไม่อยากทำอะไร	0	1	2	3
2. บ่มีวณบ่ชื่น เหงา	2. ไม่สบาย ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. นอนบ่หลับหรือหลับตื่นๆหรือหลับมากไป	3. นอนหลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากเกินไป	0	1	2	3
4. เมื่อย บ่มีแรง	4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. บ่อยากเข้า บ่อยากน้ำหรือกินหลายโพด	5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. คิดว่าเจ้าของบ่มี	6. รู้สึกไม่ดีกับตนเองคิดว่าตนเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. คิดหยังกีบ่ออก เห็ดหยังกะลึม	7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไรเช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. เว่ากะซ่า เห็ดกะซ่า หรือหนวยบ่เป็นตาอยู่	8. พุดซ้ำทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดอยากตาย บ่อยากอยู่	9. คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

คะแนนทั้งหมด.....

คะแนนรวม	การแปลผล
7-12	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (Major Depression mild)
13-18	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Major Depression moderate)
> 19	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Major Depression severe)

ลงชื่อผู้คัดกรองเบื้องต้น

วันที่คัดกรอง/...../.....

วันที่ตรวจ...../...../..... หน่วยบริการ.....

เลขบัตรประชาชน :ชื่อ-สกุล : (นาย / นาง / นางสาว)

น้ำหนัก*.....กิโลกรัม ส่วนสูง*.....เซนติเมตร เส้นรอบเอว*.....นิ้ว BMI

[*BMI <18.5 = ผอม, 18.5-22.9 = ปกติ, 23-24.9 = เริ่มอ้วน , 25-29.9 = อ้วนระดับ 1, 30 = > อ้วนระดับ 2] [lung พุง ชาย >90 ซม., หญิง > 80 ซม.]

ความดันโลหิต(ครั้งที่ 1)*..... ./.....mm./Hg ความดันโลหิต(ครั้งที่ 2)*..... ./.....mm./Hg

ปกติ = [<120 / < 80], เลี่ยง=[120-139/80-89], สูงระดับ1=[140-159/90-99], สูงระดับ 2=[≥160/>100]

* กรณีที่วัดความดันครั้งที่ 1 ผลผิดปกติ ให้ผู้รับบริการพักไม่น้อยกว่า 15 นาที แล้วจึงวัดซ้ำครั้งที่ 2

ภาวะโลหิตจางโดยดูเปลือกตา ซีด ไม่ซีด ส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันผล ไม่ได้ตรวจ

ตรวจตา ปกติ สายตาสั้น สายตายาว ระยะตัวอักษรที่อ่านได้

พบต้อกระจก ปกติ สงสัย ส่งต่อเพื่อพบแพทย์ ไม่ได้ตรวจ

พบต้อเนื้อ ปกติ สงสัย ส่งต่อเพื่อพบแพทย์ ไม่ได้ตรวจ

ตรวจฟัน ปกติ

ตรวจพบ ฟันผุซี่ ครอบหินปูน มี ไม่มี ไม่ได้ตรวจ

เหงือกอักเสบ มี ไม่มี ส่งต่อเพื่อรับการรักษา..... ไม่ได้ตรวจ

ตรวจคอ(ไทรอยด์) ปกติ

ผิดปกติ ระดับ1 (โตเล็กน้อย) ระดับ 2 (โตมองเห็นชัดเจน) ไม่ได้ตรวจ

ส่งต่อเพื่อ.....

ตรวจผิวหนัง ปกติ ไม่ได้ตรวจ

ผิดปกติ (ผิวหนังต่างสีจางหรือเข้ม ขา ผิวแห้งเหี่ยวไม่ออก ขนร่วงบริเวณวงต่าง เป็นแผ่นตุ่มนูนแดงไม่คัน)

ระบุ

ส่งต่อเพื่อ.....

ตรวจมะเร็งเต้านม ปกติ ไม่ได้ตรวจ

ผิดปกติ (พบก้อนเนื้อ/สงสัย) ส่งต่อพบแพทย์ ไม่ได้ส่งต่อ

ความพิการ พิการ ไม่พบความพิการ

ทางกรมมองเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ทางจิตใจหรือพฤติกรรม

ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้

มีบัตรผู้พิการแล้ว ไม่มีบัตรผู้พิการ สงสัยส่งต่อพบแพทย์

ตรวจระดับน้ำตาลโดยการเจาะ DTX mg/dl ปกติ เสี่ยง

ส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันผล ไม่ได้ตรวจ

ตรวจระดับน้ำตาลโดยการเจาะ DTX. หลังการรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงขึ้นไป

ปกติ = [< 140 mg / dl], เลี่ยง = [140-199 mg / dl], สูง = [≥200 mg / dl]

ตรวจร่างกายทั่วไป

วันที่ตรวจ...../...../.....หน่วยบริการ.....

เลขบัตรประชาชน : _- _- _- _- _- _- _- _- _- _- ชื่อ-สกุล : (นาย / นาง / นางสาว)

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab.)	1. การตรวจเลือด	
	1. Hematocrit(Hct.).....% (ชาย 36-52%,หญิง 33-48%)	<input type="radio"/> ไม่ได้ตรวจ
	2. Cholesterol mg.% (<200 mg.%)	<input type="radio"/> ไม่ได้ตรวจ
	3. FBS (<100 mg/dl)	<input type="radio"/> ไม่ได้ตรวจ
	หรือกรณีตรวจ Post prandial blood sugar mg/dl ตรวจหลังอาหาร.....ชั่วโมง (<200 mg/dl)	
	2. ตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ไม่ได้ตรวจ	
	<input type="radio"/> ผิดปกติคือ..... <input type="radio"/> ส่งต่อพบแพทย์ <input type="radio"/> ไม่ได้ส่งต่อ	
	3. ตรวจอุจจาระ <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ไม่ได้ตรวจ	
	1. WBC <input type="radio"/> พบ <input type="radio"/> ไม่พบ	2. RBC <input type="radio"/> พบ <input type="radio"/> ไม่พบ
	3. Occult Blood <input type="radio"/> พบ <input type="radio"/> ไม่พบ	
	4. พบพยาธิ	
	<input type="checkbox"/> ตัวตืดหมู ตัววัว	<input type="checkbox"/> ไข่เดือน
	<input type="checkbox"/> สตรองจิลอยเดส	<input type="checkbox"/> ไบไม้ลำไส้ขนาดกลาง
	<input type="checkbox"/> ไบไม้ตับ	<input type="checkbox"/> ปากขอ
	<input type="checkbox"/> แล้ผ้า	<input type="checkbox"/> เชื้อหมุด
<input type="checkbox"/> อื่นๆ		
4. การตรวจหาสารเคมีในเลือด <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ		
5. สรุปผลการตรวจ		
<input type="checkbox"/> ปกติ		
<input type="checkbox"/> เสี่ยง/สงสัย ระบุ	<input type="radio"/> เฝ้าระวัง <input type="radio"/> ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม <input type="radio"/> ให้ความรู้	
<input type="checkbox"/> ป่วย ระบุ	<input type="radio"/> ส่งต่อ <input type="radio"/> สถานีอนามัย <input type="radio"/> โรงพยาบาลชุมชน <input type="radio"/> โรงพยาบาลศูนย์	
<input type="checkbox"/> พื้นฟูสภาพ	<input type="radio"/> เยี่ยมบ้าน(ดูแลต่อที่บ้าน)	
	<input type="radio"/> ช่วยเหลือทางสังคม	

ลงชื่อผู้ตรวจสุขภาพ

ตำแหน่ง

วันตรวจสุขภาพ/...../.....

ลงชื่อผู้บันทึกข้อมูล

ตำแหน่ง

วันบันทึกข้อมูล/...../.....