

ADMISSION NOTE โรงพยาบาลสุโขทัย

วันที่ : ชื่อ-สกุล	เวลาที่ส่ง น. HN :	AN : สิทธิการรักษา	ลำดับที่มารับบริการ :
เลขบัตรประชาชน :	แผนก :	เลขที่สิทธิ :	

Chief complaint (อาการสำคัญ)

Present illness (ประวัติปัจจุบัน)

Past illness (ประวัติอดีต และประวัติครอบครัว)

PMH :	วัคซีน : ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ
FH :	พัฒนาการ : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
ประวัติการแพ้ยา : ☐ ไม่แพ้ ☐ แพ้ ระบุ	ประวัติประจำเดือน : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ 2MP G P A L GA WK
การผ่าตัด : ☐ ไม่เคย ☐ เคย	
การสูบบุหรี่ : ไม่เคยสูบ	
การดื่มสุรา : ไม่ดื่ม	

Review of System:	Constitutional	Respiratory
	Eyes	Gastrointestinal
	ENT/Mounth	Hemato/Lymphati
	Cardiovascular	Musculoskeletal

แหล่งที่มาของข้อมูล :
☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ปกครอง ☐ญาติ ☐ ใบส่งต่อ ☐ อื่นๆ ระบุ

PHYSICAL EXAM :

Vital Signs		T : C	BP mmHg	P : min	RR : min	BW : Kgs	BH : cm. :	BMI :	WAIST :
GA :	☐ Normal ☐ Abnormal	Good consciousness		Problem List [] [] [...] Uremia [...] Volume over load [...] Respiratory failure					
HEENT :	☐ Normal ☐ Abnormal	Not pale, no jaundice							
HEART :	☐ Normal ☐ Abnormal	Regular, no murmur, pulse Full							
LUNG :	☐ Normal ☐ Abnormal	Clear, no wheeing, no crepitation							
ABDOMEN :	☐ Normal ☐ Abnormal	Soft, not tender, no guarding, no hepatosplenomegaly							
EXT :	☐ Normal ☐ Abnormal	No deformity, no pitting edema							
NEURO :	☐ Normal ☐ Abnormal	No focal neuro deficit, sensory grossly intact, no motor weakenss							

PE TEXT

Provisional diag

Plan of treatment

☐ Supportive/symptomatic treatment

☐ Resuscitation

☐ IV antibiotic

☐