

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่ห้องคลอด

ประวัติส่วนตัว/ครอบครัว : สถานภาพสมรส..... สถานะของผู้ป่วยในครอบครัว ☐ หัวหน้า ☐ สมาชิก จำนวนบุตร.....คน
 สิทธิการรักษา ☐ UC ☐ พรบ.รช ☐ ประกันสังคม ☐ เบิกได้ ☐ ข้าราชการ ☐ อื่นๆ.....
 บุคคลที่สามารถติดต่อได้..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....
 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค/ภาวะที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
 ประวัติการแพ้ยา อาหาร อื่นๆ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ โรคประวัติตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ตั้งแต่ปี พ.ศ..... Hx การรักษา.....
 ยาที่ใช้ประจำ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
 การดูแลตนเอง ☐ ไป รพ. ☐ สถานีอนามัย ☐ ซื้อยากินเอง ☐ ไปคลินิก ☐ อื่นๆ.....
 Hx การ Adm ที่ผ่านมา ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
 Hx การผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี ปี พ.ศ..... ชนิดการผ่าตัด.....
 สิ่งเสพติด : ☐ เหล้า ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม เป็นเวลาปี..... เดือน ☐ เลิกนานปี..... เดือน ☐ ยังไม่เลิก
☐ บุหรี่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ เป็นเวลา ปี..... เดือน ☐ เลิกนาน ปี..... เดือน ☐ ยังไม่เลิก
 สารเสพติดอื่นๆ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....เป็นเวลา.....ปี.....เดือน ☐ เลิกนาน.....เดือน.....ปี ☐ ยังไม่เลิก
 ความคาดหวังในการรักษาครั้งนี้ ระบุ.....

2.อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร รับประทานอาหาร.....มื้อ/วัน ปัญหาในการรับประทานอาหาร ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
 อาหารที่ชอบ ☐ เปรี้ยว ☐ หวาน ☐ มัน ☐ เค็ม ☐ เผ็ด ☐ จืด ชนิดน้ำดื่ม ระบุ..... ปริมาณ..... แก้ว/วัน
 ชนิดของผลไม้ที่รับประทานประจำ ระบุ.....

3.การขับถ่ายปัสสาวะครั้ง/วัน ลักษณะ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ..... อุจจาระ.....ครั้ง/วัน ลักษณะ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

4.การออกกำลังกาย ☐ ไม่เคย ☐ ออกกำลังกาย ระบุ..... จำนวน.....ครั้ง/สัปดาห์

5.การพักผ่อนนอนหลับ ☐ หลับง่าย ☐ หลับยาก นอนหลับ.....ชม./วัน ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ
 การใช้ยานอนหลับ ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุ.....

6.สติปัญญา การรับรู้ ความเจ็บปวด ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว
 การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....
 การพูด ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... ความจำ การโต้ตอบ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....
 อาการปวด ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ครั้งคราว ☐ ตลอดเวลา ระดับความปวด.....คะแนน สิ่งที่ช่วยบรรเทาปวด ระบุ (ถ้ามี)

7.การรับรู้ตนเองและอัมโนทัศน์ ภาพลักษณ์ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
 อารมณ์/จิตใจ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....ความสามารถของตนเอง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด/ไม่สบายใจในปัจจุบัน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

8.การปรับตัวและการทนต่อสภาพความเครียด การตัดสินใจในเรื่องสำคัญ ☐ ตัดสินใจเอง ☐ ผู้อื่นช่วยตัดสินใจ
 สิ่งที่ยกย่อง/กลัวขณะเจ็บป่วย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
 ผู้ป่วย/ญาติ สามารถดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยที่บ้าน ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ระบุ.....

9.บทบาทและสัมพันธภาพ (การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพ) ☐ ครอบครัว ☐ อาชีพ ☐ การศึกษา ☐ ชุมชน อื่นๆ ระบุ

10.เพศและการเจริญพันธุ์ เด่นม ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....เพศสัมพันธ์ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

11.คุณค่าและความเชื่อ การเจ็บป่วยครั้งนี้เชื่อว่า..... สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ.....
 ความต้องการปฏิบัติกิจทางศาสนา.....

ผู้ประเมิน.....ตำแหน่ง.....

แบบประเมินความเสี่ยง

เสี่ยงต่ำ (Type and Screen)	เสี่ยงปานกลาง (Type and Screen)	เสี่ยงสูง (Crossmatch)
☐ ไม่มีประวัติผ่าตัดมดลูก	☐ เกยพวักมดลูก	☐ Placenta previa, Abruptio placenta
☐ G1	☐ ตั้งครรภ์แฝด	☐ สงสัยภาวะรกเกาะแน่นผิดปกติหรือติดแน่นไม่ลอกตัว > 30 นาที
☐ ผ่านการคลอด ≤ 4 ครั้ง	☐ ผ่านการคลอด > 4 ครั้ง	☐ เกล็ดเลือด < 100,000 /ul
☐ ไม่เคยมีประวัติโรคเลือด	☐ ติดเชื้อในโพรงมดลูก	☐ ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ
☐ ไม่เคยมีประวัติตกเลือดหลังคลอด	☐ เคยมีประวัติตกเลือดหลังคลอด	☐ Hct < 30 % ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงข้ออื่นๆ
Problem risk	☐ เนื้องอกมดลูกขนาดใหญ่	☐ Prolong labor
	☐ ประเมินน้ำหนักทารก > 4,000 กรัม	☐ Tear cervix
	☐ Twins	☐ Severe PIH
	☐ ไขมัน (BMI > 35)	☐ ธาลัสซีเมีย
	☐ PIH	☐ Hx. Inhibit / drip MgSO4
	☐ Hct < 30 %	☐ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงปานกลางหลายข้อ

แบบประเมินความเสี่ยงภาวะ Birth Asphyxia

เสี่ยงต่ำ (Type and Screen)	เสี่ยงปานกลาง (Type and Screen)	เสี่ยงสูง (Crossmatch)
☐ Near term	☐ PIH / HT	☐ Preterm
☐ NST Class I	☐ Fetal distress NST class II	☐ Fetal distress NST class III
☐ PROM	☐ Anomaly NB	☐ GDM
	☐ Abnormal position	☐ Severe PIH
	☐ PPROM	☐ Shoulder dystocia
	☐ Mild mac	☐ Postterm/Thickmac
		☐ Prolong labor

ที่มา : coopland และคณะ / กรมการแพทย์ 2558

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า

วันที่.....

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี HN.....

เลขที่บัตรประชาชน.....

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่	0	1
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ท้ออะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่	0	1

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดหัว	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถ อยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
รวมคะแนน				

***หมายเหตุ คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตายและส่งพบแพทย์

แบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q)

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. ในเดือนที่ผ่านมาทั้งวันนี้คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้อยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้คิดเกี่ยวกับกรฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ.....)	0	6
- ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตาย...	ได้	ไม่ได้
- บอกไม่ได้ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	0	8
4. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ ตายจริง ๆ	0	9
6. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจทำให้เสียชีวิต	0	4
7. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน		

*** ในรายที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายไม่ว่าจะมีความรุนแรงระดับใดควรนัดติดตามเฝ้าระวัง
ถ้ามีโรคซึมเศร้าให้ดูแลตามแนวทางที่กำหนด

โรงพยาบาลสุโขทัย

แบบบันทึกการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติที่จุดให้บริการแรก

การตรวจวิเคราะห์การให้บริการ	การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ	ผู้ปฏิบัติ / ตำแหน่ง วันเดือนปี
☐ Film x-ray	☐ แจ้งเรื่องโรคที่แพทย์วินิจฉัย	
☐ EKG	☐ แจ้งแผนการรักษา/นอนโรงพยาบาลโดยประมาณ	
☐ ผูกป้ายข้อมือ	☐ แจ้งชื่อหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ	
☐ ทบทวนสิทธิการรักษา	☐ อธิบายและให้เซ็นใบยินยอม	
☐ โทรแจ้งดีกหระ	☐ ผู้ป่วย + ชื่อ-สกุลเต็ม	
☐ ขอใช้แปลนนั่งนำส่ง	☐ พยานผู้ป่วย + ชื่อ-สกุลเต็ม ☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ ขอใช้แปลนอนนำส่ง	☐ สอบถาม/แนะนำเรื่องจองห้องพิเศษ ☐ จอง ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ☐ ไม่จอง	

แบบบันทึกการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติที่หอผู้ป่วย

ข้อมูล	WARD..... การให้ข้อมูล	WARD..... การให้ข้อมูล	WARD..... การให้ข้อมูล	WARD..... การให้ข้อมูล
กล่าวทักทาย แนะนำตัวผู้ให้บริการ	☐	☐	☐	☐
แนะนำสถานที่หมายเลขเตียง ห้องพัก ห้องนั่งผู้ป่วย	☐	☐	☐	☐
ห้องทำการพยาบาล ถึงผ้าเช็ดตัว จุดบริการดื่มดื่มน้ำ	☐	☐	☐	☐
แนะนำกฎระเบียบการเข้าพักรักษาและการเยี่ยม	☐	☐	☐	☐
แนะนำการเก็บทรัพย์สินของสิ่งของมีค่าให้ฝากญาติ	☐	☐	☐	☐
แนะนำชนิดของอาหารและเวลาอาหารของโรงพยาบาล	☐	☐	☐	☐
ทบทวนสิทธิการรักษา	☐	☐	☐	☐
แจ้งชื่อแพทย์เจ้าของไข้	☐	☐	☐	☐
แผนการรักษาของแพทย์	☐	☐	☐	☐
การปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา	☐	☐	☐	☐
การจองห้องพิเศษ จองห้องพิเศษวันที่.....	☐	☐	☐	☐
ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล/วันที่				

Name	Age	Hospital Number
Department	Ward	Physician

แก้ไขครั้งที่ 3 ประกาศใช้วันที่ : 1 สิงหาคม 2548



โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก
ใบยินยอมให้ทำการรักษา/หัตถการ/ผ่าตัด

คำแนะนำ : คำรับรองเหล่านี้ ผู้ป่วยจะต้องลงนามด้วยตนเอง แต่ถ้าอายุน้อยกว่า 18 ปี หรือมีความบกพร่องทางกายและจิตใจ
ต้องเป็นญาติใกล้ชิดเป็นผู้ลงนาม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ส่วนที่ 1 คำยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก (บันทึกทุกรายที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน)

ข้าพเจ้า.....เกี่ยวข้องเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติของผู้ป่วย
(ชื่อผู้ป่วย).....ยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก ซึ่งเจ็บป่วยด้วย
โรค.....ซึ่งต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก ประมาณ.....วัน
โดยแพทย์/เจ้าหน้าที่ได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นในการรักษา คือ.....

ข้อดี ☐ ได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง	ข้อเสีย ☐ การรักษาอาจเกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน
☐ ได้รับการสืบค้นสาเหตุของโรค	☐ เสี่ยงการติดเชื้อ
☐ ได้รับการบรรเทาอาการรบกวน	☐ เสี่ยงพิการ/เสียชีวิตจากพยาธิสภาพของโรค
☐ อื่น ๆ (ระบุ)	☐ อื่น ๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบาย และอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย	ลงนาม.....แพทย์/พยาบาล
(.....)	(.....)

นิ้ว..... ☐ ซ้าย ☐ ขวา
☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงนาม.....พยานฝ่ายผู้ป่วย	ลงนาม.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่ รพ.
(.....)	(.....)

นิ้ว..... ☐ ซ้าย ☐ ขวา

เกี่ยวข้องเป็น (บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร/ญาติ ระบุ.....ของผู้ป่วย)

ส่วนที่ 2 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว / ผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ที่ไม่มีญาติ ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนในการรักษา

ข้าพเจ้า นพ./พญ.ได้ประเมินผู้ป่วยแล้ว เห็นควรรักษาผู้ป่วย
ชื่อ.....ด้วยวิธีการ
หากไม่ดำเนินการทันที ผู้ป่วยอาจมีภาวะ.....

ลงนาม.....แพทย์
(.....)
วันที่/...../..... เวลา.....น.

ส่วนที่ 3 คำยินยอม / ไม่ยินยอมในการผ่าตัดและหัตถการ

ข้าพเจ้า เกี่ยวข้องเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ญาติของ
(ชื่อผู้ป่วย).....
☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ทำการผ่าตัด.....
☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ทำการหัตถการ.....
แพทย์ / เจ้าหน้าที่ ได้ทำการอธิบายผลกระทบขณะทำและหลังทำการผ่าตัด / หัตถการ คือ.....

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบาย เข้าใจถึงผลกระทบในการรักษาในครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์
ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน เมื่อวันที่/...../.....เวลา.....น.

ลงนาม.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย
(.....)

นี้..... ☐ ชาย ☐ หญิง
☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงนาม.....แพทย์/พยาบาล
(.....)

ลงนาม.....พยานฝ่ายผู้ป่วย
(.....)

นี้..... ☐ ชาย ☐ หญิง

เกี่ยวข้องเป็น (บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร/ญาติ ระบุ.....ของผู้ป่วย)

ลงนาม.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่ รพ.
(.....)

ส่วนที่ 4 คำยืนยันไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา

ข้าพเจ้า เกี่ยวข้องเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติของผู้ป่วย
ขอรับรองว่าไม่สมัครใจที่จะให้ (ชื่อผู้ป่วย).....อยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก
หากมีผลเสียหรืออันตรายใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ข้าพเจ้าไม่ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก แต่
ประการใด

ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน เมื่อวันที่
...../...../.....เวลา.....น.

ลงนาม.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย

นี้..... ☐ ชาย ☐ หญิง
☐ ผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงนาม.....พยานฝ่ายผู้ป่วย
(.....)

เกี่ยวข้องเป็น (บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร/ญาติ ระบุ.....ของผู้ป่วย)

ลงนาม.....แพทย์/พยาบาล
(.....)

ลงนาม.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่ รพ.
(.....)

ส่วนที่ 5 คำยืนยันยินยอมให้แพทย์ถ่ายภาพการรักษา

ข้าพเจ้า..... เกี่ยวข้องเป็น
☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติของ (ชื่อผู้ป่วย).....
☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอมทำการถ่ายภาพการรักษา.....

โดยแพทย์/เจ้าหน้าที่ได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบถึงเหตุผลและ
ความจำเป็นในการถ่ายภาพการรักษาแล้ว จึงลงลายมือหรือพิมพ์
ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน เมื่อวันที่...../...../.....เวลา.....น.

ลงนาม.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย
นี้..... ☐ ชาย ☐ หญิง

ลงนาม.....พยานฝ่ายผู้ป่วย
(.....)

เกี่ยวข้องเป็น(บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร/ญาติ ระบุ.....ของผู้ป่วย)

ลงนาม.....แพทย์/พยาบาล
(.....)

ลงนาม.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่ รพ.
(.....)

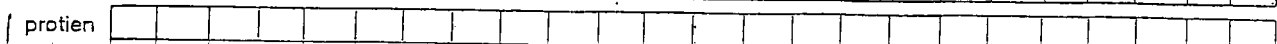
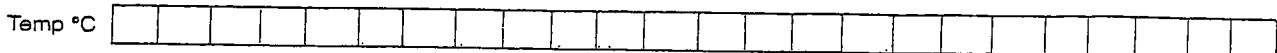
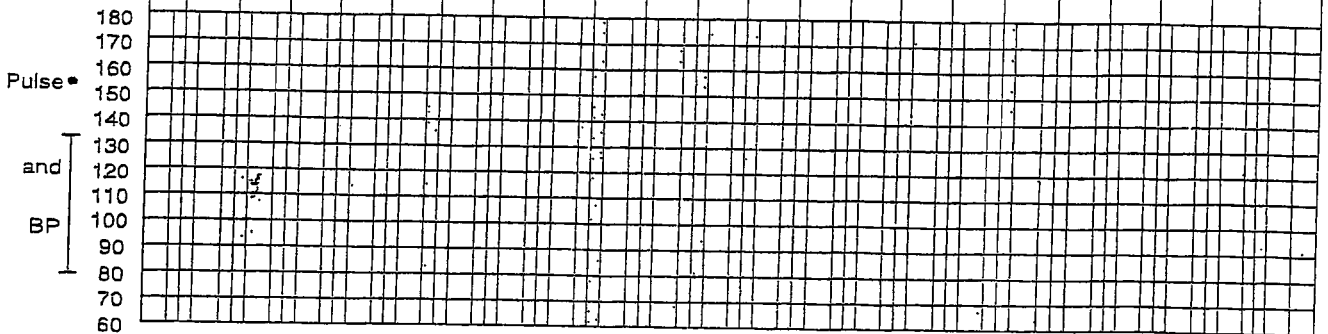
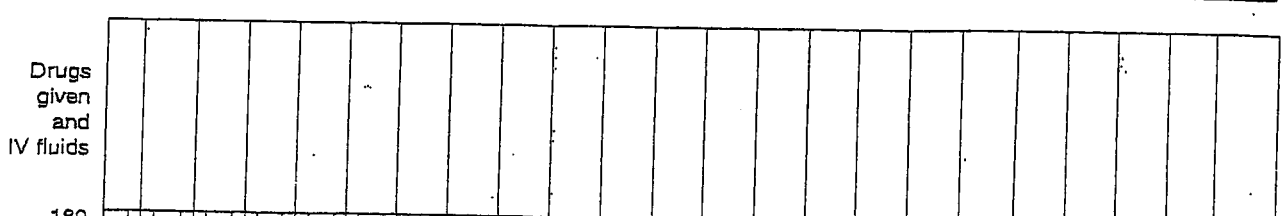
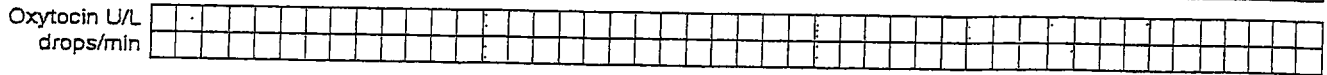
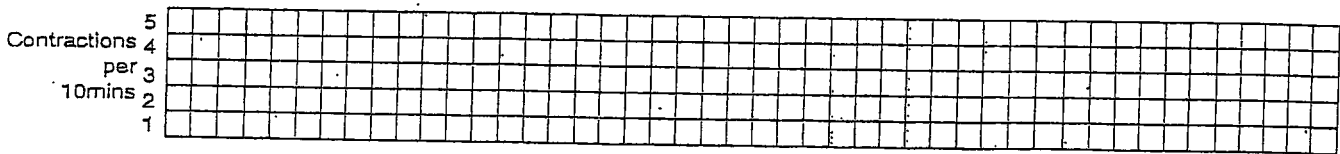
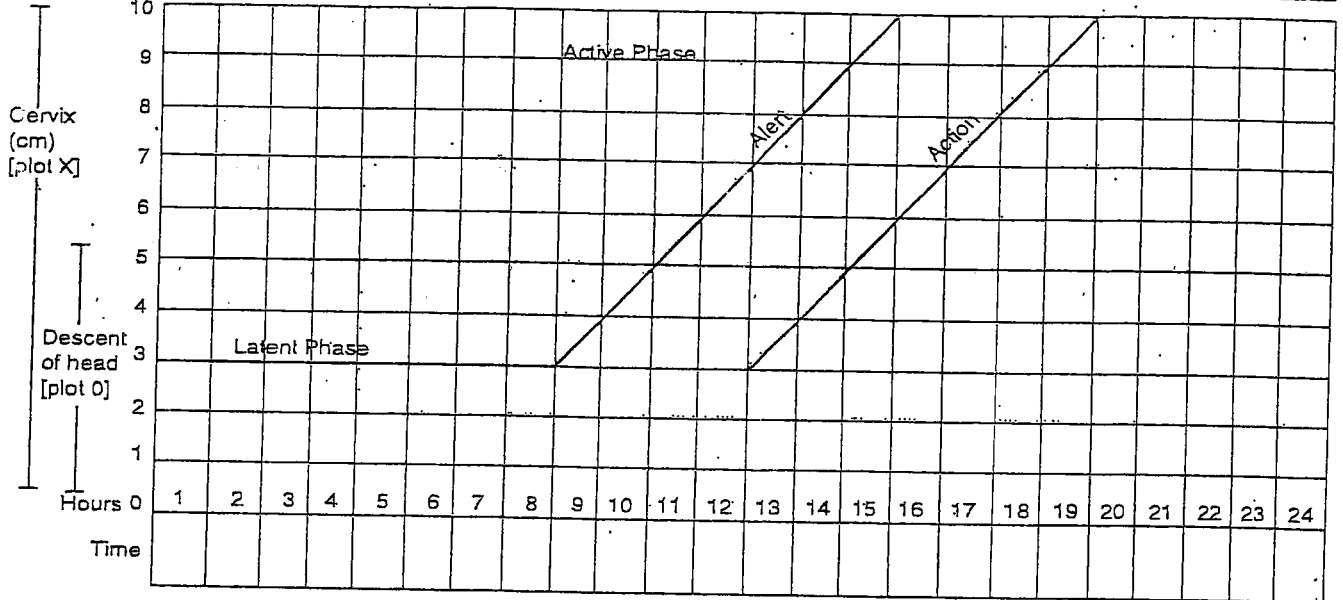
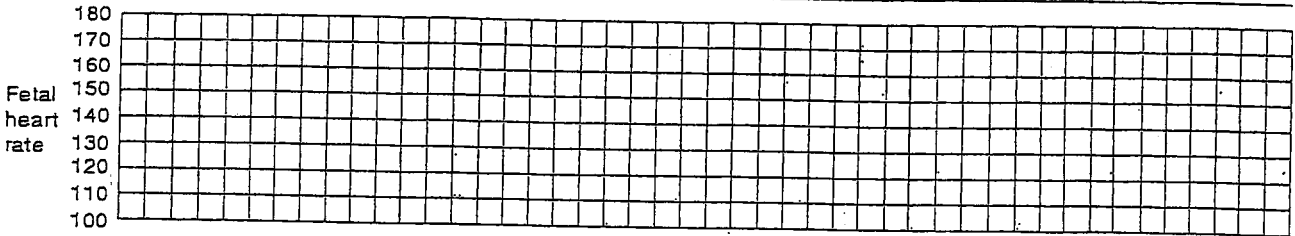
LABUOR NURSING PROGRESS NOTE AND NURSE NOTE (1st stage)

[illegible]

LABUOR NURSING PROGRESS NOTE AND NURSE NOTE (2nd, 3rd, 4th stage)[illegible]

partograph

Name _____ Gravida _____ Para. _____ Hospital no. _____
 Date of admission _____ Time of admission _____ Ruptured membranes _____ hours



ฟอรัมปรอท

[illegible]

T.P.R.

แบบบันทึกการให้ยาโรงพยาบาลสุโขทัย

[illegible]



บัตรเฝ้าไข้
โรงพยาบาลสุโขทัย

บัตรนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยใน

ชื่อผู้ป่วย.....

HN.....

หอผู้ป่วย.....

ชื่อผู้เฝ้าไข้.....

เลขบัตรประชาชน.....

วันเข้ารับการรักษา.....

บัตรหมดอายุ.....

 ลภกษาว

นายภูมิชัย ดิลกธราดล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย



ระเบียบการไฟฟ้าผู้ป่วย

1. โรงพยาบาลระบบบัตรผู้ป่วย 1 รายญาติผู้ป่วย 1 คน
2. บัตรผู้ป่วยมีอายุคงที่ 7 วัน
3. บัตรหมดอายุ แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
4. ยืมบัตรผู้ป่วยทุกครั้งหลังเวลา 20.00 – 24.00 น.
5. หลังเวลา 24.00 น. ยืมบัตรผู้ป่วย