

ชื่อ-สกุล..... HN..... หอผู้ป่วย.....

ลำดับ	รายการ	จำนวน	วัน เดือน ปี											
1	5%D/W 100 cc.													
2	5%D/W 500 CC.													
3	5%D/W 1,000 CC.													
4	5%D/NSS 1,000 CC.													
5	5%D/N/2 500 CC.													
6	5%D/N/2 1,000 CC.													
7	5%D/N/3 500 CC.													
8	0.9%D/NSS 100 CC.													
9	0.9%D/NSS 1,000 CC.													
10														
11														
12														
1	Foley' catheter NO													
14	Foley' catheter NO													
15	Urine bag													
16	NG tube NO													
17	NG tube NO													
18	Set microdrip													
19	Set IV													
20	Injection Plug													
21	Syringe insulin													
22	Syringe irrigate 50 cc.													
23	Medicut NO													
24	Medicut NO													
25	Medicut NO													
26	Medicut NO													
27	Medicut NO													
28														
29														
30														
31														
32	ค่าเตียงสามัญ วันละ	300												
33	ค่าบริการทั่วไป วันละ	300												
34	ค่าห้องพิเศษ วันละ													
	ลายชื่อผู้จ่ายเวชภัณฑ์													

SUNGAIKOLOK HOSPITAL

DOCTOR'S ORDER SHEET

รพ.2ต.04

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....HN.....WARD.....

PROGRESSION	ONE DAY TREATMENT	CONTINUOUS TREATMENT
Date.....Time..... s : อาการ..... O : v/s () ปกติ BT.....°C PR...../min RR...../min BP.....mmHg PE..... Lab..... A : P :		
Date.....Time..... s : อาการ..... O : v/s () ปกติ BT.....°C PR...../min RR...../min BP.....mmHg PE..... Lab..... A : P :		

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....HN.....WARD.....

SUNGAI LOK HOSPITAL

DOCTOR'S ORDER SHEET

รพ.24.04

ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ HN _____ WARD _____

PROGRESSION	ONE DAY TREATMENT	CONTINUOUS TREATMENT
Date _____ Time _____ s : อาการ _____ _____ O : v/s () ปกติ BT _____ °C PR _____ /min RR _____ /min BP _____ mmHg PE _____ _____ Lab _____ _____ A : _____ P : _____ _____		
Date _____ Time _____ s : อาการ _____ _____ O : v/s () ปกติ BT _____ °C PR _____ /min RR _____ /min BP _____ mmHg PE _____ _____ Lab _____ _____ A : _____ P : _____ _____		

ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ HN _____ WARD _____

ฟอร์มปรอท

[illegible]

T.P.R.

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแกร็บ

รับไว้ในโรงพยาบาล ☐ เดินทาง ☐ รถนั่ง ☐ รถนอน		รับใหม่จาก ☐ OPD ☐ ER ☐ Refer.....		นำส่งหอผู้ป่วย ☐ พยาบาล ☐ เภรเปล ☐ อื่นๆ.....				
ประวัติส่วนตัว/ครอบครัว : สถานภาพสมรส..... สถานะของผู้ป่วยในครอบครัว ☐ หัวหน้า ☐ สมาชิก จำนวนบุตร..... คน								
สิทธิการรักษา ☐ UC ☐ พรบ.รท ☐ ประกันสังคม ☐ เบิกได้ ☐ ข้าราชการ ☐ อื่นๆ..... บุคคลที่ติดต่อได้..... เกี่ยวข้องเป็น..... โทร.....								
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ยาที่ใช้ประจำ ☐ มี ระบุ.....								
โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ เบาหวาน ☐ โรคหัวใจ ☐ หอบหืด ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ ตับอักเสบ ☐ วัณโรค ☐ อื่นๆ.....								
เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ..... ครั้งสุดท้าย...../...../..... ☐ Re-admitted (28 วัน)								
ประวัติการผ่าตัด ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ..... ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....								
เฉพาะผู้ป่วยเด็กอายุ 0-30 วัน ประวัติการตั้งครรภ์ G.....P.....A.....L..... Last.....ปี GA.....wks. Lab ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....								
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....								
ประวัติการคลอด สถานที่คลอด.....วันที่คลอด...../...../..... เวลา.....น. วิธีคลอด..... น้ำหนักแรกคลอด..... กรัม								
ประวัติการแพ้ (ยา อาหาร สารเคมี เลือด) ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ประวัติการใส่ยา/สารเสพติด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....								
การรับภูมิคุ้มกัน ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ ☐ ไม่เคยได้รับ ☐ ฉีดครั้งสุดท้ายเมื่อ..... ☐ วัคซีน.....								
การพัฒนาการ ☐ สมวัย ☐ ไม่สมวัย ระบุ.....								
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ก่อนการเจ็บป่วย ☐ ดี ☐ ไม่ดี เจ็บป่วยครั้งนี้ ☐ รุนแรง ☐ ไม่รุนแรง								
การดูแล ☐ ไปโรงพยาบาล ☐ ไปคลินิก ☐ ซื้อยารับประทาน ☐ มาตามนัดทุกครั้ง ☐ อื่นๆ.....								
ความคาดหวังในการรักษาครั้งนี้ คิดว่า ☐ หาย ☐ ทุเลา ☐ ไม่แน่ใจ								
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร				การคัดกรองภาวะโภชนาการ				
รับประทานอาหาร.....มื้อ/วัน ผิวน้ำหนัก ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....				ใช่				
ลักษณะอาหารที่ชอบ ☐ รสหวาน ☐ รสเค็ม ☐ รสจืด ☐ รสเผ็ด				ไม่ใช่				
☐ อาหารมัน/ทอด ☐ อื่นๆ.....				1. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ได้ตั้งใจ ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมานหรือไม่				
ปัญหาในการรับประทานอาหาร ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ NG. tube				2. ผู้ป่วยได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยได้ (เกินกว่า 7 วัน)				
นม..... มื้อ/วัน ☐ นมแม่ ☐ นมผง ☐ นมข้นหวาน				3. BMI <18.5 หรือ >25.0 Kg/m ² หรือไม่				
☐ อาหารเสริม.....มื้อ/วัน ระบุ.....				4. ผู้ป่วยมีภาวะโรควิกฤต หรือกึ่งวิกฤตร่วมด้วยหรือไม่				
ภาวะโภชนาการ ☐ ต่ำกว่าเกณฑ์ ☐ ตามเกณฑ์ ☐ สูงกว่าเกณฑ์				*ผลการคัดกรอง ถ้าตอบใช่ ≥ 2 ข้อ ให้แจ้งทีมโภชนาการ				
3. การขยับถ่าย ถ่ายปัสสาวะ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... จำนวน.....ครั้ง/วัน ☐ CAPD								
ถ่ายอุจจาระ.....ครั้ง/วัน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... การขยับทางหน้าท้อง ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ Colostomy								
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย การออกกำลังกาย ☐ ไม่ปฏิบัติ ☐ ปฏิบัติ ระบุ.....								
กิจกรรมประจำวัน	ก่อนการเจ็บป่วย				ขณะเจ็บป่วยครั้งนี้			
	ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์	ทำได้เอง	บางส่วน	ไม่ได้เลย	ใช้อุปกรณ์
1. การรับประทานอาหาร								
2. การทำความสะอาดปากและฟัน								
3. การแต่งตัว								
4. การเดิน								
5. การขยับถ่าย								
6. การอาบน้ำ								
5. การพักผ่อนนอนหลับ		6. สถิติปัญหาและการรับรู้						
นอน.....ชม./วัน .. ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ		การรับรู้ ☐ รับรู้ ☐ ไม่รับรู้		การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ				
ปัญหาการนอน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....		ความจำ/การโต้ตอบ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ		การพูด ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ				
		การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ		อื่นๆ.....				
AN.....HN.....						วันที่รับ.....เวลา.....น.		
ชื่อ.....						ผู้ประเมิน.....		
ตึก.....อายุ.....ปี						ตำแหน่ง.....		

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ

7. การรับรู้และอัตโนมัติ : การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อ ภาพลักษณ์ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... อารมณ์/จิตใจ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ความสามารถในการทำกิจกรรม ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่แน่ใจ	8. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด สิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ วิตกกังวล ☐ กลัว ☐ ซึมเศร้า ☐ อื่นๆ..... การแก้ไข ☐ ปรึกษา ☐ แยกตัว ☐ ใช้อา..... ☐ อื่นๆ.....	
9. บทบาทและสัมพันธภาพ การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพ ☐ ครอบครัว ☐ อาชีพ ☐ การศึกษา ☐ ชุมชน ☐ อื่นๆ.....	10. เพศและการเจริญพันธุ์ ประจำเดือน ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ..... แต่งงาน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... อวัยวะสืบพันธุ์ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....	11. คุณค่าและความเชื่อ การเจ็บป่วยครั้งนี้เชื่อว่า..... ต้องการปฏิบัติกิจทางศาสนา..... สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ.....

Pain Management

Pain ☐ ไม่มี ☐ มี บริเวณที่ปวด..... ลักษณะการปวด ☐ เป็นครั้งคราว ☐ ตลอดเวลา ☐ อื่นๆ ระบุ.....



0 2 4 6 8 10

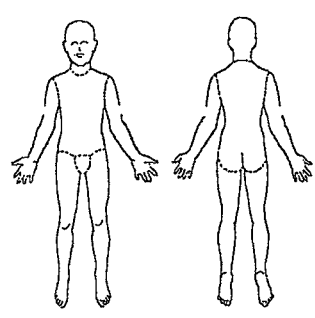
0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

ไม่ปวด ปวดปานกลาง ปวดรุนแรงมากที่สุด

การปวดกระทบต่อ ☐ การกิน ☐ การนอน ☐ การทำกิจกรรม ☐ อารมณ์/สังคม ☐ การขับถ่าย ☐ เพศสัมพันธ์

สิ่งที่บรรเทาปวด ☐ cold compress ☐ hot compress ☐ massage ☐ reposition ☐ rest/sleep ☐ medication

Braden scale for predicting pressure sore risk					
Parameter	1	2	3	4	Score รวม
การรับรู้ ความรู้สึก	ไม่ตอบสนองต่อการเจ็บปวด	ตอบสนองต่อการเจ็บปวด แต่ไม่สามารถบอกความรู้สึกสบาย	บอกความรู้สึกสบายได้เมื่อถาม แต่กลับเป็นส่วนใหญ่	ระดับความรู้สึกตัวดี	
ความเปียกชื้น	เปียกชื้นตลอดเวลา (เปลี่ยนผ้า > 5 ครั้ง)	เปียกชื้นมาก (เปลี่ยนผ้า 2-5 ครั้ง)	เปียกชื้นเป็นบางครั้ง (เปลี่ยนผ้า 1-2 ครั้ง)	เปียกชื้นน้อยมาก หรือใส่สายสวน ชัสสวาระ	
กิจกรรม	นอนอยู่กับที่ตลอดเวลา	เดินไม่ได้ ต้องนั่งเก้าอี้	เดิน/พลิกตัวได้เองเป็นบางครั้ง	เดิน/พลิกตัวเองได้บ่อยๆ	
การเคลื่อนไหว	เคลื่อนไหวไม่ได้เลย	มีความจำกัดอย่างมาก	มีความจำกัดเล็กน้อย	ไม่มี ความจำกัด	
โภชนาการ ถ้า NPO ลง N และไม่นับคะแนน	ไม่เพียงพอ	อาจจะไม่เพียงพอเกือบทุกมื้อ	เพียงพอ	ดีเยี่ยม	
การเสียดสีและการเสียดทาน	มีปัญหา	เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา	ไม่มีปัญหา		



☐ ไม่เสี่ยง ☐ เสี่ยงระดับ ☐ Low risk 15-18 ☐ Moderate risk 13-14 ☐ High risk 10-12 ☐ Very high risk <9

Potential Restrained : ☐ emotional unstable ☐ intubated ET Tube ☐ multiple line ☐ tracheostomy tube ☐ other.....

จำเป็นต้องได้รับการ Restrain ☐ yes ☐ NO

ระดับของความรู้สึกตัว Level of conscious (LOC) ☐ ระดับความรู้สึกตัวดี (full consciousness) ☐ ความรู้สึกสับสน (confusion, easily aroused)

☐ การรับรู้ผิดปกติ (disorientation) ☐ ระดับความรู้สึกง่วง (lethargy / drowsy)

☐ Stupor ☐ coma

AN.....HN.....

ชื่อ.....

ตึก.....อายุ.....ปี

ผู้ประเมิน.....
ตำแหน่ง.....

ตารางสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของระบบประสาทสมอง

Coma Score = คะแนน	1	2	3	4	5	6
การลืมตา สังเกตหนังตาบน (Eyes Open)	ไม่ลืมตาเลย	ลืมตาเมื่อเจ็บ	ลืมตาเมื่อเรียก	ลืมตาได้เอง	-	-
การพูดที่ดีที่สุด (Verbal Response)	ไม่ออกเสียงเลย	ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	พูดเป็นคำๆ	พูดคุ้ยได้ แต่สับสน	พูดคุ้ยได้ ไม่สับสน	-
การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Motor Response)	ไม่เคลื่อนไหวเลย	แขนเหยียดผิดปกติ	แขนงอผิดปกติ	ชักแขนขานี้	ทราบ ตำแหน่งที่เจ็บ	ทำตามคำสั่งได้
Pupils	ตาขวา ขนาด..... มิลลิเมตร				ตาซ้าย ขนาด..... มิลลิเมตร	
	☐ Reaction	☐ Sluggish	☐ No Reaction	☐ Close	☐ Reaction	☐ Sluggish ☐ No Reaction ☐ Close
Motor Power	แขนขวา		ขาขวา		แขนซ้าย	
	☐ กำลังปกติ		☐ กำลังปกติ		☐ กำลังปกติ	
	☐ ยกแขนต้านแรงไม่ได้		☐ ยกแขนต้านแรงไม่ได้		☐ ยกแขนต้านแรงไม่ได้	
	☐ ขยับได้ตามแนวราบ		☐ ขยับได้ตามแนวราบ		☐ ขยับได้ตามแนวราบ	
	☐ กระดิกนิ้วได้		☐ กระดิกนิ้วได้		☐ กระดิกนิ้วได้	
	☐ ไม่มีการเคลื่อนไหว		☐ ไม่มีการเคลื่อนไหว		☐ ไม่มีการเคลื่อนไหว	

ผู้ป่วยที่ต้องประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Morse Fall Scale)

- ☐ 1. ผู้ป่วยที่มี Agitation/Delirium-infection ,Toxic /metabolic,Cardio pulmonary change, CNS,dehydration/blood loss,sleep disturbance
- ☐ 2. ได้รับยา Psychotropics, Cardio-vascular agent (Digoxin especially) anticoagulants ,anticholinergic, bowel prep
- ☐ 3. ผู้ป่วยที่มี Orthostatic hypotension ,autonomic failure
- ☐ 4. ผู้ป่วยที่มีปัญหาดังต้องเข้าห้องน้ำบ่อยครั้งเช่นถ่ายเหลว , กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ☐ 5. มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยต้องใช้รองเท้าช่วยเดิน/เครื่องช่วยเดิน
- ☐ 6. มีปัญหาด้านการมองเห็น
- ☐ 7. ผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี
- ☐ 8. ผู้ป่วยอื่นที่มีคะแนนประเมินภาวะเสี่ยงจากการประเมิน Morse Fall Scale ≥ 51

Total Score.....คะแนน
วันที่ประเมิน/...../.....

1. ประวัติการตก/ล้มใน 3 เดือน	☐ Yes = 25 คะแนน ☐ NO = 0 คะแนน	คะแนน	Risk Level ☐ No risk Score 0-24 คะแนน ☐ Action : None ☐ Low risk Score 25-50 คะแนน ☐ Action : ปฏิบัติตาม มาตรการการป้องกันตก/ ล้ม ☐ High risk Score ≥ 51 คะแนน ☐ Action : ปฏิบัติตาม มาตรการการป้องกันตก/ ล้ม (High risk)
2. มีการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 รายการ (Secondary diagnosis)	☐ Yes = 15 คะแนน ☐ NO = 0 คะแนน		
3. การช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย (Ambulatory aid)	☐ เดินได้เอง / ใช้รถเข็นนั่ง / Bed rest / บุคลากรช่วย (Nurse assist) = 0 คะแนน ☐ ไม่ค้ำยัน (Crutches)/ไม้เท้า (Cane) /walker frame = 15 คะแนน ☐ เดินโดยการยึดเกาะไปตามเตียง โต๊ะ เก้าอี้ (Furniture) = 30 คะแนน		
4. IV / Heparin lock	☐ Yes = 20 คะแนน ☐ NO = 0 คะแนน		
5. การเดิน (Gate) / การเคลื่อนย้าย (Transferring)	☐ ปกติ (Normal)/ นอนพักบนเตียง (Bed rest) / ไม่เคลื่อนไหว (Immobile) = 0 คะแนน ☐ อ่อนแรง อ่อนเพลีย / เดินก้มตัวแต่ศีรษะตั้งตรงได้ ไม่เสียการทรงตัว = 10 คะแนน ☐ มีความพร่อง (Impaired) เช่น ลุกจากเก้าอี้ด้วยความลำบาก ใช้มือและแขนยันตัว เดินก้มศีรษะและตามองที่พื้น ต้องมีคนช่วยพยุงหรือ / ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน = 20 คะแนน		
6. สภาพจิตใจ Mental Status	☐ รับรู้บุคคล เวลาและสถานที่ด้วยตนเอง (Oriented to own ability) = 5 คะแนน ☐ ลืมข้อจำกัด ความสามารถของตนเอง (Forgets limitations) = 15 คะแนน		

ที่มา : <http://www.networkofcare.org/library/Morse%20Fall%20Scale.pdf> December1,2012

AN.....HN.....
ชื่อ.....
ตึก.....อายุ.....ปี

ผู้ประเมิน.....
ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาลสุโขทัย
แบบบันทึกแผนการพยาบาล

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

สัญญาณชีพแรกพบ BT.....⁰C Pulse Rate/min Resp.Rate...../min BP.....mmHg. SpO2..... %

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Underlying disease ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด)

สภาพผู้ป่วยแรกพบ.....

ปัญหา ที่	วันที่เริ่มปัญหา ลงชื่อ	Problem List	เป้าหมาย	วันที่สิ้นสุดปัญหา ลงชื่อ

เตียง..... รับวันที่..... เวลา.....น.

1. Dx.....

2. Dx.....

การผ่าตัด.....

[illegible]

บันทึกคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย / ญาติ ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลสุโขทัย

การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยหรือญาติก่อนให้คำแนะนำ ☐ พร้อม ☐ ไม่พร้อม วันที่ประเมิน.....ผู้ประเมิน.....

	เนื้อหา	วันที่ให้ข้อมูล/ ผู้ให้	ประเมินผล	ทวนซ้ำ ก่อนกลับ
M (Medication)	ให้ความรู้ : ชนิดของยา/วิธีใช้/ผลข้างเคียง			
E (Environment & Economic)	- การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน..... - ปัญหาเศรษฐกิจ.....			
T (Treatment)	- กิจกรรมที่ต้องดูแลต่อเนื่อง..... - อาการผิดปกติ/ความเสี่ยงที่อาจเกิดที่ต้องมาพบแพทย์.....			
H (Health)	การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน : การพักผ่อน/..... ออกกำลังกาย..... ข้อจำกัดของโรค.....			
O (Outpatient Referral)	ส่งข้อมูล PCU วันที่..... ☐ PCU เยี่ยมก่อนกลับ..... การมาตรวจตามนัด วันที่นัด..... การติดต่อขอความช่วยเหลือ.....			
D (Diet)	อาหาร..... ข้อจำกัดเรื่องอาหาร.....			
อื่น ๆ	ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น ☐ นิยามโรค ☐ การดูแลตนเอง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....			

คำชี้แจง : การประเมินผล / = ผ่าน X = ไม่ผ่าน : ทวนซ้ำก่อนกลับบ้าน ลงชื่อผู้ให้ข้อมูลและการประเมินผล

สถานภาพการจำหน่าย

☐ แพทย์อนุญาต ☐ หนักกลับ ☐ ไม่สมัครอยู่ ให้ข้อมูลเรื่อง..... ☐ แจ้งแพทย์แล้ว
☐ ส่งต่อโรงพยาบาล..... เหตุผล.....

สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

❖ สัญญาณชีพ T.....°C P.....ครั้ง/นาที R.....ครั้ง/นาที BP.....mmHg
❖ ระดับความรู้สึกตัว ☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว
❖ การช่วยเหลือตนเอง ☐ ได้ ☐ ไม่ได้
❖ ความจำเป็นต้องรับการดูแลหลังจำหน่าย ☐ ไม่จำเป็น ☐ จำเป็น ☐ ไม่มีผู้ดูแล ☐ ดูแลตนเองได้ ☐ ไม่สามารถดูแลตนเอง
☐ มีผู้ดูแล ☐ พร้อมให้การดูแล ☐ ไม่พร้อมด้าน.....
❖ อุปกรณ์การรักษาพยาบาลที่ติดตัวกลับไป ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ระบุ.....
❖ แผล ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ยังไม่ตัดไหม ☐ แผลเปิด ลักษณะแผล.....
❖ แผลกดทับ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุตำแหน่ง..... ระดับแผล.....
❖ เอกสารที่ได้รับกลับ ☐ ใบนัด ☐ แผ่นพับ เรื่อง..... ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
❖ ผู้รับกลับบ้าน/ผู้ดูแล..... เกี่ยวข้อง..... วันที่..... เวลา.....
ลงชื่อ..... ผู้บันทึก/ตำแหน่ง (ตัวบรรจง)

กรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรม

วันที่..... เวลา.....น. ชื่อแพทย์ผู้ลงความเห็น.....
กรณีผู้ป่วยคดี ☐ แจ้งความแล้ว ☐ ยังไม่แจ้งความ หนังสือรับรองการตาย ☐ รับ ☐ ยังไม่รับ
ผู้รับของมีค่าและของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย ☐ ญาติ ☐ คนอื่น ๆ ระบุ.....
ให้คำแนะนำเรื่อง/แผ่นพับ ☐ การชำระเงิน ☐ การรับศพ ☐ ผ่าศพ..... ลงชื่อผู้รับศพ.....
ลงชื่อพยาบาล.....

ชื่อผู้ป่วย..... HNวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.....วันจำหน่าย.....เวลา.....น.

แก้ไขครั้งที่ : 4 วันที่ประกาศใช้ : 16 มิถุนายน 2548

แก้ไขครั้งที่ 5 : วันที่ประกาศใช้ กรกฎาคม 2568