

ข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่บัตรประชาชน.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์..... มือถือ.....

สิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง ☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ประกันสังคม

ผู้ดูแล 1. ชื่อ.....	ผู้ดูแล 2. ชื่อ.....
ความสัมพันธ์.....	ความสัมพันธ์.....
เบอร์โทรศัพท์.....	เบอร์โทรศัพท์.....
แพทย์ผู้ดูแล 1. ชื่อ.....	แพทย์ผู้ดูแล 1. ชื่อ.....
โรงพยาบาล.....	โรงพยาบาล.....
เบอร์โทรศัพท์.....	เบอร์โทรศัพท์.....
พยาบาลผู้ดูแล 2. ชื่อ.....	พยาบาลผู้ดูแล 2. ชื่อ.....
โรงพยาบาล.....	โรงพยาบาล.....
เบอร์โทรศัพท์ (ในเวลา).....	เบอร์โทรศัพท์ (ในเวลา).....
(นอกเวลา).....	(นอกเวลา).....

เลขที่บัตรโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล	เบอร์บัตร
1.	1.
2.	2.
3.	3.

ประวัติการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล

วันที่รับเข้า วันที่จำหน่าย	โรงพยาบาล	สาเหตุ

ประวัติสุขภาพ

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ และการรักษาที่ได้รับ (comorbidities)

.....

.....

.....

.....

.....

สรุปการวินิจฉัยและแผนการรักษา.....

.....

.....

.....

.....

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า.....

.....

.....

.....

การทำหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้ามาตรา 12

☐ ทำแล้ว

☐ ยังไม่ได้ทำ

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อหน่วยงานอื่นหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงาน	ชื่อผู้ติดต่อ	เบอร์โทรศัพท์

วันนัดติดตามอาการ/เยี่ยมบ้าน

[illegible]

ยาที่รับประทานในปัจจุบัน

วัน / เดือน / ปี	ชื่อยาที่ใช้ (ขนาด)	วิธีรับประทาน	ข้อบ่งชี้	หมายเหตุ

* ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงยาจำนวนหลายตัว ให้เริ่มเขียนรายการใหม่และใส่เดิมๆของเก่าทิ้ง

ยาที่รับประทานในปัจจุบัน

วัน / เดือน / ปี	ชื่อยาที่ใช้ (ขนาด)	วิธีรับประทาน	ข้อบ่งชี้	หมายเหตุ

* ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงยาจำนวนหลายตัว ให้เริ่มเขียนรายการใหม่และใส่ที่มาของแพทย์

ยาที่รับประทานในปัจจุบัน

วัน / เดือน / ปี	ชื่อยาที่ใช้ (ขนาด)	วิธีรับประทาน	ข้อบ่งชี้	หมายเหตุ

* ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงยาจำนวนหลายตัว ให้เริ่มเขียนรายการใหม่และใส่ที่มาของแพทย์

ยาที่รับประทานในปัจจุบัน

วัน / เดือน / ปี	ชื่อยาที่ใช้ (ขนาด)	วิธีรับประทาน	ข้อบ่งชี้	หมายเหตุ

* ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงยาจำนวนหลายตัว ให้เริ่มเขียนรายการใหม่และใส่ที่มาของแพทย์

ยาที่รับประทานในปัจจุบัน

วัน / เดือน / ปี	ชื่อยาที่ใช้ (ขนาด)	วิธีรับประทาน	ข้อบ่งชี้	หมายเหตุ

* ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงยาจำนวนหลายตัว ให้เริ่มเขียนรายการใหม่และใส่ที่มาของแพทย์

ยาที่รับประทานในปัจจุบัน

วัน / เดือน / ปี	ชื่อยาที่ใช้ (ขนาด)	วิธีรับประทาน	ข้อบ่งชี้	หมายเหตุ

* ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงยาจำนวนหลายตัว ให้เริ่มเขียนรายการใหม่และใส่เดิมๆของเก่าทิ้ง

ข้อมูลสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ

[illegible]

ข้อมูลสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ

[illegible]

ข้อมูลสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ

[illegible]

บันทึก (โดยผู้ป่วย/ผู้ดูแล)

๗
ข้อมูล

[illegible]

บันทึก (โดยผู้ป่วย/ผู้ดูแล)

២
បំណុល

[illegible]

บันทึก (โดยผู้ป่วย/ผู้ดูแล)

២
ប្រមូល

[illegible]

บันทึกThis image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.