

วันที่เก็บข้อมูล...../...../..... รหัสหน่วยบริการ..... ชื่อหน่วยบริการ.....

ข้อมูลทั่วไป	เลขบัตรประชาชน :			เลขที่ใบสุทธิ		
	ชื่อ-สกุล : (นาย)			ภาษา		
	วัน เดือน ปี เกิด :/...../.....		อายุ : ปี		กลุ่มเลือด	
	ระดับการศึกษา		ชื่อวัด			
	หมู่ที่ ตำบล		อำเภอ		จังหวัด	
สัณฐานร่างกาย : ☐ ไม่ทราบ/ไม่มี ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างประจำ (รวมบำนาญ) กระทรวง หน่วยงาน						
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร เส้นรอบเอว.....นิ้ว [ลงทุน >36 นิ้ว] ความดันโลหิต(ครั้งที่1)*...../.....mm./Hg ความดันโลหิต(ครั้งที่2)*...../.....mm./Hg ปกติ=[≤120 / ≤80], เสีย=[121-139/81-89], สูงระดับ1=[140-159/90-99], สูงระดับ2=[≥ 160/>100] กรณีที่วัดความดันครั้งที่ 1 ผลผิดปกติ ให้ผู้รับบริการพัก 15 นาที แล้วจึงวัดซ้ำครั้งที่ 2 ควรนั่งพักก่อนวัดความดันโลหิต 10 – 15 นาที						
ประวัติครอบครัว	1.) บิดา-มารดาของท่าน มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่? ☐ ไม่มีประวัติเจ็บป่วย ☐ ไม่ทราบ ☐ เบาหวาน(DM)* ☐ ความดันโลหิตสูง(HT)* ☐ โรคเกาต์(Gout)* ☐ โรคไตวายเรื้อรัง(CRF)* ☐ กล้ามเนื้อหัวใจตาย(MI)* ☐ อัมพาตจากเส้นเลือดสมอง(Stroke)* ☐ ภาวะลมโป่งพอง(COPD)* ☐ มะเร็งทุกชนิด ☐ ต้อหิน ☐ หอบหืด/ภูมิแพ้ ☐ โรคเรื้อน ☐ อื่นๆ (ตัดขาด, ตาบอด)					
	2.) พี่-น้องสายตรงท่าน มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่? ☐ ไม่มีประวัติเจ็บป่วย ☐ ไม่ทราบ ☐ เบาหวาน(DM)* ☐ ความดันโลหิตสูง(HT)* ☐ โรคเกาต์(Gout)* ☐ โรคไตวายเรื้อรัง(CRF)* ☐ กล้ามเนื้อหัวใจตาย(MI)* ☐ อัมพาตจากเส้นเลือดสมอง(Stroke)* ☐ ภาวะลมโป่งพอง(COPD)* ☐ มะเร็งทุกชนิด ☐ ต้อหิน ☐ หอบหืด/ภูมิแพ้ ☐ โรคเรื้อน ☐ อื่นๆ (ตัดขาด, ตาบอด)					
ประวัติส่วนตัว	1) ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ ? 1. แผลที่เท้า/ตัดขาด(จากเบาหวาน)* ○ มี ○ ไม่มี 6. เป็นแผลที่ริมฝีปากบ่อย หายยาก* ○ มี ○ ไม่มี 2. ตื่นน้ำบ่อยมาก* ○ มี ○ ไม่มี 7. คันตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์* ○ มี ○ ไม่มี 3. ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป* ○ มี ○ ไม่มี 8. ตาพร่ามัวต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อย* ○ มี ○ ไม่มี 4. กินจุแต่ผอมลง* ○ มี ○ ไม่มี 9. ขาดตามปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ* ○ มี ○ ไม่มี 5. น้ำหนักลด ช่อนเพลีย* ○ มี ○ ไม่มี 10. ปวดหรือรู้สึกขัดข้อเข่า โดยเฉพาะเวลานั่งยองๆ ○ มี ○ ไม่มี หรือนั่งขัดสมาธิ					
	2.) เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ท่านดูแลตนเองอย่างไร? (ตอบได้ 3 ข้อ) ☐ ปล่อยให้หายเอง ☐ ซื้อยากินเอง ☐ ปรึกษาสมุนไพร / แพทย์ทางเลือก ☐ รับการรักษาที่คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ☐ รับการรักษาที่สถานอนามัย / โรงพยาบาลของรัฐ 3.) ท่านมีประวัติการเจ็บป่วย หรือ ต้องพบแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่? 1. โรคเบาหวาน* ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 9. โรคมะเร็ง(รวมมะเร็งตับ) ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 2. โรคความดันโลหิตสูง* ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 10. โรคต้อหิน ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 3. โรคตับ* ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 11. โรคหอบหืด ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 4. โรคอัมพาตจากเส้นเลือดสมอง* ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 12. โรคเรื้อน ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 5. โรคหัวใจ* ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 13. โรคธาตุซีเมีย ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 6. โรคไขมันในเลือด* ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 14. โรควัณโรค ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 7. โรคไตวายเรื้อรัง ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 15. โรคเกาต์ ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ 8. โรคถุงลมโป่งพอง ○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่เคยตรวจ					

ประวัติส่วนตัว	4.) กรณีที่ท่านมีประวัติการเจ็บป่วย ตามรายการข้างต้น ท่านปฏิบัติตนอย่างไร? ☐ ไม่มีประวัติเจ็บป่วย ตามรายการข้างต้น ☐ เคยรักษา ขณะนี้ไม่รักษา/หายาทานเอง ☐ รับการรักษาอยู่/ปฏิบัติตามแพทย์แนะนำ ☐ รับการรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ
พฤติกรรมสุขภาพ	1) ท่านสูบบุหรี่หรือไม่? ☐ ไม่สูบ ☐ เคยสูบแต่เลิกแล้ว ☐ สูบ จำนวนที่สูบหรือเคยสูบ.....มวน/วัน ระยะเวลาที่สูบหรือเคยสูบถึงปัจจุบัน.....ปี ชนิดบุหรี่ที่สูบ ☐ บุหรี่ปกติ(บุหรี่ซอง) ☐ บุหรี่พื้นเมืองมวนเล็ก(ยาว < 5 ซม.) ☐ บุหรี่พื้นเมืองมวนกลาง(ยาว 5 - 10 ซม.) ☐ บุหรี่พื้นเมืองมวนใหญ่ (ยาว > 10 ซม.) 2) ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่? ☐ ไม่ดื่ม ☐ เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ☐ นานๆ ดื่มครั้ง (ดื่มตามเทศกาล) ☐ ดื่ม จำนวน.....ครั้ง/สัปดาห์ ** ดื่มเหล้า > 45 cc/วัน , ดื่มเบียร์ > 240 cc/วัน , ดื่มไวน์ > 120 cc/วัน 3) ท่านออกกำลังกาย/เล่นกีฬาหรือไม่? ☐ ไม่ออกกำลังกายเลย ☐ ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ☐ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ☐ ออกกำลังกายสัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ☐ ออกกำลังกายทุกวัน ครั้งละ 30 นาที 4) ท่านชอบอาหารรสใด? ☐ หวาน ☐ เค็ม ☐ มัน ☐ ชอบทุกข้อ ☐ ไม่ชอบทุกข้อ 5) พฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ - กินอาหารสุกๆดิบๆ ☐ ไม่กิน ☐ นานๆกินครั้ง ☐ กินบ่อยๆ - ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่? ☐ รู้สึกหุดหู่ เสร้าหรือท้องแท้ ลิ้นหวัง (อุกซัง เหนงหงอย เแข็ง ปเป็นตาอยู่ มีแต่อยากไฮ) ☐ เบื่อหน่าย ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน (ปสนใจหยัง ปอยากเข็ดหยัง ปหม้วน ปชื่น) ☐ ไม่มีอาการดังกล่าวเลย

ลงชื่อผู้คัดกรองเบื้องต้น

วันที่คัดกรอง/...../.....

วันที่ตรวจ...../...../.....

เลขบัตรประชาชน : ชื่อ-สกุล : (นาย)

ตรวจร่างกายทั่วไป	น้ำหนัก*.....กิโลกรัม ส่วนสูง*.....เซนติเมตร เส้นรอบเอว*.....นิ้ว [*BMI <18.5 = ผอม, 18.5-22.9 = ปกติ, 23-24.9 = เริ่มอ้วน, 25-29.9 = อ้วนระดับ1, 30 => อ้วนระดับ2] [ลงทุน >36 นิ้ว] ความดันโลหิต(ครั้งที่ 1)*...../.....mm/Hg ความดันโลหิต(ครั้งที่ 2)*...../.....mm/Hg ปกติ=[≤120/≤80], เสี่ยง=[121-139/81-89], สูงระดับ1=[140-159/90-99], สูงระดับ2=[>160/>100] * กรณีที่วัดความดันครั้งที่ 1 ผลผิดปกติ ให้ผู้รับบริการพักไม่น้อยกว่า 15 นาที แล้วจึงวัดซ้ำครั้งที่ 2
	ภาวะโลหิตจาง ☐ สีดี ☐ ไม่สีดี ☐ ไม่ได้ตรวจ ตรวจตา ☐ ปกติ ☐ สายตาสั้น ☐ สายตายาว ☐ ตาเหลือง ☐ พบต้อกระจก ☐ ไม่ได้ตรวจ ระยะตัวอักษรที่อ่านได้ ตาซ้าย ตาขวา ตรวจฟัน ☐ ปกติ ☐ ตรวจพบ ฟันผุซี่ คราบหินปูน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ได้ตรวจ ตรวจคอ(ไทรอยด์) ☐ ระดับ0 (ปกติ) ☐ ระดับ1 (โตเล็กน้อย) ☐ ระดับ 2 (โตมองเห็นชัดเจน) ☐ ไม่ได้ตรวจ ตรวจผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ผิวหนังสีจางหรือเข้ม ขา ผิวแห้งหรือมีผื่น รอยขีดข่วนผิวหนัง เป็นแผลพุพองแผลไม่คัน) ☐ ไม่ได้ตรวจ ความพิการ ☐ พบความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ☐ พบความพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ ☐ พบความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ พบความพิการทางการมองเห็น ☐ มีบัตรผู้พิการแล้ว
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab.)	1. การตรวจเลือดทางชีวเคมี 1) FBS (70 - 100 mg/dl) ☐ ไม่ได้ตรวจ หรือกรณีตรวจ Post prandial blood sugar mg/dl ตรวจหลังอาหาร.....ชั่วโมง (<200 mg/dl) 2) Cholesterol mg/dl (<200 mg/dl) ☐ ไม่ได้ตรวจ 3) Triglyceride mg/dl (30 - 150 mg/dl) ☐ ไม่ได้ตรวจ 4) HDL- Cholesterol mg/dl (35 - 60 mg/dl) ☐ ไม่ได้ตรวจ 5) LDL- Cholesterol mg/dl (0 - 99 mg/dl) ☐ ไม่ได้ตรวจ 6) SGOT U/L (15 - 37 U/L) ☐ ไม่ได้ตรวจ 7) SGPT U/L (30 - 65 U/L) ☐ ไม่ได้ตรวจ 8) Alkaline Phosphatase U/L (50- 136 U/L) ☐ ไม่ได้ตรวจ 9) BUN mg/dl (7 - 18 mg/dl) ☐ ไม่ได้ตรวจ 10) Creatinine mg/dl (0.8 - 1.3 mg/dl) ☐ ไม่ได้ตรวจ 11) HBsAg ☐ Negative ☐ Positive ☐ ไม่ได้ตรวจ 2. การตรวจ LAB CBC 1) Hemoglobin g/dl (14.0 - 18.0 g/dl) 2) Hematocrit (Hct.) % (40 - 54%) ☐ ไม่ได้ตรวจ 3) WBC /mm³ (4,500 - 10,000 mm³) ☐ ไม่ได้ตรวจ 4) Platelet Count /mm³ (140,000 - 400,000 mm³) ☐ ไม่ได้ตรวจ 5) Lymphocytes % (20 - 50%) ☐ ไม่ได้ตรวจ 6) Monocytes % (2 - 10%) ☐ ไม่ได้ตรวจ 7) Eosinophils % (1 - 6%) ☐ ไม่ได้ตรวจ

วันที่ตรวจ...../...../.....

เลขบัตรประชาชน : - - - - - ชื่อ-สกุล : (นาย)

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab.)	3. Urine Analysis (กรณีส่งตรวจในห้อง Lab) ○ ไม่ได้ตรวจ				
	1) Color				
	☐ Yellow	☐ Colorless	☐ Cloudy/milky	☐ red	
	☐ Orange	☐ Green	☐ Blue	☐ Brown	☐ Bile
	2) ความขุ่น ☐ Clear Turbi		☐ Turbi		
	3) ความถ่วงจำเพาะ _____		4) pH _____		
	5) Albumin _____		6) Sugar _____		
	7) UA Ketone _____		8) WBC _____		
	9) RBC _____		10) Epithelial Cell _____		
	4. ตรวจอุจจาระ ○ ปกติ ○ ไม่ได้ตรวจ				
1. WBC ☐ พบ ☐ ไม่พบ 2. RBC ☐ พบ ☐ ไม่พบ 3. Occult Blood ☐ พบ ☐ ไม่พบ					
4. พบพยาธิ					
☐ ตัวตืดหนู ตืดวัว ☐ ไข่เค็ม ☐ ไบไม้ดับ ☐ ปากขอ ☐ เชื้อหมุด ☐ สมองจิ๋วยดต ☐ ไบไม้ลำไส้ขนาดกลาง ☐ แล้งม้า ☐ อื่นๆ					
5. ตรวจปัสสาวะคัดกรองโรคเบาหวาน (กรณีตรวจโดยใช้ Urine Strip) ○ ไม่ได้ตรวจ					
Glucose ☐ neg ☐ ± 100(5.5) ☐ +250(14) ☐ ++500(28) ☐ +++1000(55) mg/dl (mmol/L)					
Ketones ☐ neg ☐ ± 50(0.5) ☐ +15(1.5) ☐ ++40(3.9) ☐ +++100(10) mg/dl (mmol/L)					
Protein ☐ neg ☐ trace ☐ +30(0.5) ☐ ++100(1.0) ☐ +++300(10) ☐ 1000(10)mg/dl (g/L)					
pH ☐ 5 ☐ 6 ☐ 6.5 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9					
Blood ☐ neg ☐ Hemolysis+10 ☐ ++50 ☐ +++ ☐ NonHemolysis+10 ☐ ++50 RBC/ μ L					
6. X-ray KUB ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ รพผล ○ ไม่ได้ตรวจ					
7. Chest X-ray ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ รพผล ○ ไม่ได้ตรวจ					

ลงชื่อ ผู้ตรวจสุขภาพ

ตำแหน่ง

วันตรวจสุขภาพ/...../.....

ลงชื่อ ผู้บันทึกข้อมูล

ตำแหน่ง

วันตรวจสุขภาพ/...../.....

หมายเหตุ

- กรณีตรวจ UA (ข้อ 3) พบ Albumin และ/หรือ RBC ควรตรวจ BUN , Creatinine
- กรณีตรวจตาพบตาเหลือง และมีประวัติดื่มสุราหรือเคยดื่มสุรา ควรตรวจ Liver Function Test , HBsAg