

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

แบบฟอร์มการประเมินสุขภาพและการตรวจร่างกาย

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....ชั้นปี.....รหัสนักศึกษา.....
อาจารย์ผู้สอน.....รายวิชา.....
หอผู้ป่วย.....โรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ใช้บริการ (ระบุเฉพาะชื่อไม่ต้องใส่นามสกุล).....อายุ.....ปี
เพศ.....สถานภาพสมรส.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
การศึกษา.....อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
ภูมิลำเนาเดิม.....
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....
วันที่รับไว้ในความดูแล.....
แหล่งที่มาของข้อมูล / ผู้ให้ข้อมูล.....
สิทธิการรักษา
○ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ○ ราชการ ○ รัฐวิสาหกิจ
○ ประกันสังคม ○ อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ

การวินิจฉัยแรกรับ.....
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.....
อาการสำคัญ (Chief Complaint: CC)
.....
.....
.....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present Illness: PI)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ประวัติการเจ็บป่วยอดีต (Past History: PH)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ประวัติการผ่าตัด.....วันที่.....

ประวัติการคลอด.....วันที่.....

ประวัติการแพ้ยา/ แพ้อาหาร.....

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว (Family History: FH)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติการรักษาที่ได้รับ

One day order	Continue order

ส่วนที่ 3 การประเมินทางการพยาบาล

1. การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน (Functional health patterns)

<p>1. แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception–health management pattern)</p> <p>1.1 ความรู้สึกของผู้ใช้บริการต่อภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี รับรู้ภาวะสุขภาพว่าเป็นอย่างไร ปัจจัยที่ทำให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้น </p> <p>1.2 ผู้ใช้บริการปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง รูปแบบ/วิธีปฏิบัติ แหล่งความรู้ที่นำมาใช้ในการปฏิบัติ ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> น้อย ปัจจัยที่ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง <input type="checkbox"/> ด้านบุคคล ได้แก่..... <input type="checkbox"/> หน่วยงานหรือองค์กรสนับสนุน ได้แก่..... <input type="checkbox"/> วัสดุ/อุปกรณ์ ได้แก่..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ได้แก่.....</p> <p>1.3 ภาวะสุขภาพที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> มีสุขภาพแข็งแรง <input type="checkbox"/> มีภาวะเจ็บป่วย ได้แก่</p> <p>1.4 ผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ต่อการดำเนินชีวิต..... <input type="checkbox"/> ต่อการทำงาน..... <input type="checkbox"/> ไม่มีผลกระทบ.....</p>
--

<p>1.5 ผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยในครั้งนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ต่อการดำเนินชีวิต.....</p> <p><input type="checkbox"/> ต่อการทำงาน.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีผลกระทบ.....</p>
<p>1.6 การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> เคยดื่มแต่เลิกดื่มแล้ว <input type="checkbox"/> ดื่มและยังดื่มอยู่ <input type="checkbox"/> ดื่มเป็นบางครั้ง</p> <p>ระบุชนิด..... ปริมาณ..... ระยะเวลาที่ดื่ม.....</p> <p>ระยะเวลาที่เลิกดื่ม.....</p> <p>ปัจจัยส่งเสริม / อุปสรรคในการหยุดดื่มหรือกลับมาดื่มใหม่</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>1.7 การสูบบุหรี่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> เคยสูบแต่เลิกสูบแล้ว <input type="checkbox"/> สูบและยังสูบบุหรี่อยู่</p> <p>ระบุชนิด..... จำนวน..... ระยะเวลาที่สูบ.....</p> <p>เคยคิดเลิกสูบ หรือเคยพยายามเลิกสูบหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ระยะเวลาที่เคยเลิกสูบ.....</p> <p>ใช้วิธีการ.....</p> <p>ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบหรือไม่ <input type="checkbox"/> สำเร็จ <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ</p> <p>ปัจจัยส่งเสริม หรืออุปสรรคให้เลิกสูบ หรือกลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีก</p> <p>.....</p>
<p>1.8 การใช้ยาหรือสารเสพติด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคยใช้ <input type="checkbox"/> เคยใช้แต่เลิกใช้แล้ว <input type="checkbox"/> เคยใช้และยังใช้อยู่</p> <p>ระบุชนิด..... จำนวน..... ระยะเวลาที่ใช้.....</p> <p>เหตุจูงใจให้ใช้สารเสพติด</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>รับรู้ผลกระทบของสารเสพติดต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>1.9 เมื่อมีการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ผู้ใช้บริการปฏิบัติอย่างไร</p> <p>การดูแลตนเอง การใช้ภูมิปัญญาไทย และการใช้บริการสาธารณสุขอย่างไร</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>1.10 ผู้ใช้บริการทราบหรือไม่ว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร</p> <p><input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p>

<p>1.11 การรักษาโดยใช้การแพทย์ทางเลือก</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> เคย ระบุวิธีการ.....</p> <p>รู้สึกว่าได้ผลหรือไม่.....</p> <p>ส่งผลต่อสุขภาพอย่างไร.....</p>
<p>1.12 การแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมี</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> เคย ระบุชนิดยา อาหาร หรือสารเคมีที่เคยแพ้.....</p> <p>ลักษณะอาการแพ้ ความรุนแรง และจำนวนครั้งที่เคยแพ้</p> <p>.....</p> <p>การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการแพ้.....</p>
<p>1.13 ความช่วยเหลือขณะที่อยู่โรงพยาบาล/หรือเข้ารับบริการด้านสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพ (เรียงลำดับตามความสำคัญ ความเร่งด่วน จากมากที่สุดไปหาน้อย)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>1.14 การดูแลสุขอนามัย สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย (จากการซักประวัติหรือการสังเกต)</p>
<p>1.14.1 การดูแลสุขอนามัยของร่างกาย เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน ล้างหน้า สระผม ตัดเล็บ ความสะอาดของผมหงอก เสื้อผ้า รองเท้า ถุงเท้าที่สวมใส่</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>1.14.2 การดูแลสิ่งแวดล้อม และที่อยู่อาศัย</p> <p>- ลักษณะทั่วไป.....</p> <p>.....</p> <p>- การจัดเก็บของใช้/อุปกรณ์/ของใช้ส่วนตัว.....</p> <p>.....</p>
<p>1.14.3 ความปลอดภัยและการปกป้องตนเอง</p> <p>- เคยได้รับภูมิคุ้มกันหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>ระบุ.....</p> <p>- เคยได้รับอุบัติเหตุหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>ระบุ.....</p> <p>- ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมในบ้าน มีความปลอดภัยหรือไม่ <input type="checkbox"/> ปลอดภัย <input type="checkbox"/> ไม่ปลอดภัย</p> <p>ระบุ.....</p> <p>- เคยตรวจร่างกายประจำปีหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย</p> <p>ผลการตรวจเป็นอย่างไร.....</p> <p>หากไม่เคยตรวจเป็นเพราะเหตุใด.....</p>

สรุปผลการประเมินแบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ
2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional-metabolic pattern)
2.1 การรับประทานอาหารประจำวัน ชนิดของอาหาร..... วันละ.....มื้อ ปริมาณพลังงาน..... กิโลแคลอรี อาหารเสริม..... <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....
2.2 น้ำ/เครื่องดื่มที่ดื่มเป็นประจำ ชนิดของน้ำ/เครื่องดื่ม..... ปริมาณ ลิตร/วัน <input type="checkbox"/> เพียงพอ <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ
2.3 ปัญหาในการรับประทานอาหาร (ไม่เจริญอาหาร ฟันไม่ดี มีแผลในปาก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กลืนลำบาก หรือท้องอืด หรือหิวบ่อยรับประทานมากกว่าปกติ อื่นๆ) <input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา <input type="checkbox"/> มีปัญหา ระบุปัญหา.....
2.4 น้ำหนักตัวและส่วนสูง น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร BMI.....kg/m ² มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ลดลง จำนวน.....กิโลกรัม ภายใน.....เดือน
2.5 การหายของบาดแผล <input type="checkbox"/> หายตามปกติ <input type="checkbox"/> หายช้ากว่าปกติ ระยะเวลาที่แผลหาย..... ปัจจัยที่ส่งเสริม/ อุปสรรคในการหายของแผล.....
สรุปผลการประเมินแบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร
3. แบบแผนการขับถ่าย (Elimination pattern)
3.1 แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ถ่ายอุจจาระ.....ครั้ง/วัน ลักษณะ..... ปัญหาในการขับถ่าย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... การดูแลแก้ไขปัญหา.....

ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการขับถ่ายอุจจาระ
3.2 แบบแผนการขับถ่ายปัสสาวะ การถ่ายปัสสาวะ (กลางวัน).....ครั้ง/วัน (กลางคืน).....ครั้ง/วัน ลักษณะสี.....กลิ่น..... ปริมาณ..... สีซี/ครั้ง ปัญหาการถ่าย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ..... การดูแลแก้ไข..... ปัญหาการกลั้น / ควบคุมการปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... การดูแลแก้ไข.....
3.3 อาการเหงื่อออกมากผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
สรุปผลการประเมินแบบแผนการขับถ่าย
4. แบบแผนการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย (Activity-exercise pattern)
4.1 การทำกิจวัตรประจำวัน <input type="checkbox"/> ทำได้ <input type="checkbox"/> ทำได้บางส่วน <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ กิจกรรมที่ทำเหมาะสมกับเพศและวัย <input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม เหตุผลหรือแรงจูงใจในการเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ.....
4.2 แบบแผนในการออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายสม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ วิธีออกกำลังกาย..... ระยะเวลาออกกำลังกาย.....นาที/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง / สัปดาห์
4.3 กิจกรรมในยามว่าง ชนิดของกิจกรรมยามว่าง.....
4.4 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พัฒนาการสอดคล้องกับวัย / เพศ <input type="checkbox"/> สอดคล้อง <input type="checkbox"/> ไม่สอดคล้อง ระบุ..... ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (ใส่ตัวเลขของระดับความสามารถ) <input type="checkbox"/> การเข้าห้องน้ำ <input type="checkbox"/> การอาบน้ำ <input type="checkbox"/> การทำอาหาร <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวกว้างไป <input type="checkbox"/> การแต่งตัว <input type="checkbox"/> การดูแลความสะอาดบ้าน <input type="checkbox"/> การหิวผม <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวกว้างเพียงในกรณีผู้ป่วยพักบนเตียง <input type="checkbox"/> การซื้อของ / ทำกิจธุระนอกบ้าน

ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม จำแนกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 0 : ทำได้ด้วยตนเอง

ระดับ 1 : ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ในผู้สูงอายุที่ลุกได้เอง แต่เวลาเดินต้องใช้ไม้เท้า หรือในผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องเตือนให้ทำ

ระดับ 2 : ต้องการความช่วยเหลือ หรือต้องการคำแนะนำจากผู้อื่น แล้วทำเองต่อได้ เช่น ต้องมีผู้ช่วยพยุงขึ้นจากเตียง แล้วลุกเดินได้หรือในผู้รับบริการที่ต้องมีผู้คอยแนะนำหรือบอกในการทำกิจกรรม จากนั้นทำเองได้

ระดับ 3 : ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ร่วมกับใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ผู้ที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกด้านซ้าย ต้องการผู้ช่วยพยุงข้างซ้าย และใช้ไม้เท้าช่วยเดิน หรือในผู้รับบริการที่ต้องมีคนคอยดูแลให้ทำกิจกรรมตลอดเวลา

ระดับ 4 : ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย หรือไม่สามารถทำตัวเอง ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำกิจกรรมให้ตลอดเวลา

4.5 ปัญหาในการเคลื่อนไหว (Movement/activities)

น้อยกว่าปกติ (Hypoactivity) มากกว่าปกติ (Hyperactivity) ปกติ

ระบุลักษณะการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ทื่อ ๆ แข็ง ๆ (Rigid) ผ่อนคลายสบายๆ (Relaxed)

กระสับกระส่าย (Restless) พลุ่พลา่าน กระวนกระวาย (Agitation)

พฤติกรรมที่ทำซ้ำ จนเป็นลักษณะเฉพาะตัว (Mannerisms) อื่นๆ.....

ลักษณะการก้าวเดิน และการประสานกันของกล้ามเนื้อ ต่างๆ (Gait and coordination).....

.....

สอดคล้องกับวัย /เพศ สอดคล้อง ไม่สอดคล้อง ระบุ.....

สรุปผลการประเมินแบบแผนการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย

.....

5. แบบแผนการพักผ่อนและนอนหลับ (Sleep-rest pattern)

5.1 การนอนหลับ เพียงพอ ไม่เพียงพอ

แบบแผนการนอน.....

ระยะเวลาอนตอนกลางคืน.....ชั่วโมง

ระยะเวลาอนตอนกลางวัน.....ชั่วโมง

ความรู้สึกเมื่อตื่นนอน.....

5.2 ปัญหาในการนอน

ไม่มี มี ระบุ.....

อุปกรณ์หรือยาที่ช่วยในการนอนหลับ.....

ลักษณะการนอน หลับสนิท หลับไม่สนิท ผื่น ไม่ผื่น

สาเหตุที่ต้องทำให้นอนดิ๊กหรือตื่นเช้าเกินไป.....

สรุปผลการประเมินแบบแผนการพักผ่อนและนอนหลับ

.....

6. แบบแผนการรู้คิด การรับรู้ การสื่อสาร

6.1 การรู้คิด (Cognition)

6.1.1 ระดับความรู้สึกตัว (Consciousness)

รู้สึกตัวดี (Alert) ครึ่งหลับครึ่งตื่น (Stuporous)

สับสน (Confused) มึนงง (Drowsiness) ไม่รู้สึกตัว (Coma)

<p>6.1.2 ความจำ (Memory)</p> <p><input type="checkbox"/> Immediate memory <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> Recent memory <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> Remote memory <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.1.3 การรับรู้ (Orientation)</p> <p><input type="checkbox"/> การรับรู้เวลา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> การรับรู้สถานที่ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> การรับรู้บุคคล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.1.4 ความรอบรู้พื้นฐาน (Fund of information) ประเมินครอบคลุมใน 2 ด้านหลัก ได้แก่</p> <p>6.1.4.1 ความรู้รอบตัวเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>6.1.4.2 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.1.5 การตัดสินใจ (Judgement) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.1.6 การรู้จักตน (Insight) <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ไม่ดี</p>
<p>6.1.7 ความคิดแบบเป็นรูปธรรม และนามธรรม (Concrete or abstract thinking)</p> <p>6.1.7.1 ความคิดแบบรูปธรรม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>6.1.7.2 ความคิดแบบนามธรรม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.1.8 กระบวนการคิด (Thinking process)</p> <p>6.1.8.1 เนื้อหาความคิด (Thought content) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>6.1.8.2 รูปแบบความคิด (Form of thought) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.1.9 ความตั้งใจ (Attention) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.2 การรับรู้ (Perception)</p>
<p>6.2.1 ความรู้สึกผ่านประสาทสัมผัส (Sensation)</p> <p>การประเมินการได้ยิน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>การมองเห็น <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>การรับกลิ่น <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>การรับรส <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>การสัมผัส <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.2.2 การรับรู้ (Perception) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>6.3 การติดต่อสื่อสาร (Communication)</p> <p>การใช้ภาษาพูด <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>การใช้ภาษากาย/ท่าทาง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>ใช้น้ำเสียง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p>
<p>สรุปผลการประเมินแบบแผนการรู้คิด การรับรู้ การสื่อสาร</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

7. แบบแผนการรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ และสภาพอารมณ์ (Self-perception, self-concept, emotional status pattern)
7.1 การรับรู้ตนเองหรือเอกลักษณ์ในตนเอง ระบุรายละเอียด.....
7.2 การรับรู้ภาพลักษณ์ (Body image) ของตนเอง ระบุรายละเอียด.....
7.3 การเห็นคุณค่าของตนเอง (Self-esteem) ระบุรายละเอียด.....
7.4 สภาพอารมณ์ (Emotional status) ระบุรายละเอียด.....
สรุปผลการประเมินแบบแผนการรับรู้ตนเอง อัตมโนทัศน์ และสภาพอารมณ์
8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role-relationship pattern)
8.1 การอยู่อาศัย <input type="checkbox"/> อยู่คนเดียว <input type="checkbox"/> อยู่กับครอบครัว <input type="checkbox"/> อยู่กับผู้อื่น ระบุจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วย.....
8.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา <input type="checkbox"/> มีปัญหา ระบุ.....
8.3 การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระบุรายละเอียด.....
8.4 ความรู้สึกของผู้ใช้บริการ/คนในครอบครัว หรือคนที่อาศัยอยู่ด้วย เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ/หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ใช้บริการ ระบุรายละเอียด.....
8.5 การทำงานหรือการเรียน ระบุผลกระทบ.....
8.6 บทบาททางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม / ชุมชน <input type="checkbox"/> ไม่เข้าร่วม ระบุเหตุผล..... <input type="checkbox"/> เข้าร่วม ประเภทของกิจกรรม.....
8.7 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship)
8.7.1 เพื่อน / ผู้ร่วมงาน <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี ระบุ.....

<p>8.7.2 การพึ่งพาผู้อื่นเหมาะสมกับสถานภาพหรือวัย</p> <p><input type="checkbox"/> เหมาะสม <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....</p>
<p>8.7.3 ลักษณะของการช่วยเหลือระหว่างผู้ใช้บริการกับเพื่อน / ผู้ร่วมงาน</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p>
<p>8.7.4 สังเกตพฤติกรรมที่ใช้บริการแสดงออก (ต่อผู้สัมภาษณ์)</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p>
<p>สรุปผลการประเมินแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>9. แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive pattern)</p>
<p>9.1 แบบแผนทางเพศ</p>
<p>9.1.1 ปัญหาเพศสัมพันธ์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p>
<p>9.1.2 โรคที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <p>การป้องกันโรคจากเพศสัมพันธ์</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ป้องกัน ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ป้องกัน ระบุ.....</p>
<p>9.1.3 ความคิดเห็นเรื่องเพศ</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p>
<p>9.2 แบบแผนการเจริญพันธุ์</p>
<p>9.2.1 กรณีเป็นสตรี ประจำเดือนครั้งแรกเมื่อ.....</p> <p>ลักษณะการมีประจำเดือน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>วิธีการแก้ไข.....</p>
<p>9.2.2 การคุมกำเนิด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่คุมกำเนิด ระบุเหตุผล.....</p> <p><input type="checkbox"/> คุมกำเนิด ระบุวิธี.....</p> <p>ปัญหาเรื่องการคุมกำเนิด</p>
<p>สรุปผลการประเมินแบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>10. แบบแผนความเครียด ความทนต่อความเครียด และการจัดการกับความเครียด (Coping-stress-tolerance pattern)</p>
<p>10.1 การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิตของผู้ใช้บริการที่ทำให้เกิดความเครียด ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา</p> <p>ระบุรายละเอียด.....</p>

วิธีการจัดการปัญหา..... ส่วนใหญ่สามารถจัดการกับปัญหา <input type="checkbox"/> สำเร็จ <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ ระบุ.....
10.2 ความรู้สึกเครียด <input type="checkbox"/> ไม่บ่อยครั้ง <input type="checkbox"/> บ่อยครั้ง วิธีช่วยให้รู้สึกคลายความเครียด..... ผลที่เกิดขึ้น.....
10.3 เมื่อเกิดความเครียด ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ คือ..... ระบุสถานภาพหรือความสัมพันธ์..... รูปแบบความช่วยเหลือ.....
สรุปผลการประเมินแบบแผนความเครียด ความทนต่อความเครียด และการจัดการกับความเครียด
11. แบบแผนคุณค่า ความเชื่อและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Value-belief-spiritual pattern)
11.1 จุดมุ่งหมาย/เป้าหมายในชีวิต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
11.2 แผนการสำหรับอนาคต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
11.3 ความรู้สึกต่อการใช้ชีวิตในแต่ละวัน <input type="checkbox"/> ไม่มีความน่าสนใจ / ทำท่าย ระบุเหตุผล..... <input type="checkbox"/> มีความน่าสนใจ / ทำท่าย ระบุเหตุผล.....
11.4 สิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ระบุ.....
11.5 สิ่งที่สำคัญ/มีความหมายต่อชีวิต ระบุ.....
11.6 หลักในการดำเนินชีวิต ระบุ.....
11.7 ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยครั้งนี้ ระบุ.....
11.8 ความเชื่อตามศาสนา ความเชื่อตามพื้นฐานทางวัฒนธรรมประจำท้องถิ่น ระบุ.....
สรุปผลการประเมินแบบแผนคุณค่า ความเชื่อและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

ระบบ	ผลการตรวจ
Ears
ear pinna
- position, deformity
- lumps, tenderness
ear canal
- wax, swelling
- foreign body & discharge
auditory acuity
- Whispering test
- Weber test
- Rinne test
Nose
- external configuration
- nasal mucosa
- nasal septum & turbinates
- sinuses (frontal & maxillary)
Mouth and Throat
- lip
- buccal mucosa
- gum & teeth
- tongue
- tonsil & pharynx
Neck
- symmetry
- mass & scar
- trachea
- thyroid gland
Lymphatic: head, face, neck
- pre-auricular LN.
- posterior-auricular LN.
- occipital LN.
- tonsillar LN.
- submaxillary LN.
- submental LN.
- deep cervical chain
- posterior cervical LN.

ระบบ	ผลการตรวจ
<ul style="list-style-type: none"> - superficial LN. - supraclavicular LN. 	<p>.....</p>
3. ทรวงอกและทางเดินหายใจ (Posterior and Anterior thorax-Lungs)	
<ul style="list-style-type: none"> - Skin & Lesion - Shape of the chest - AP (Anteroposterior: Lateral) diameter - Abnormal bulging and retraction of ICS - Respiratory rate & rhythm - Mass & Tenderness - Tactile fremitus - Respiratory excursion - Normal breath sound - Adventitious sound 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
4. หัวใจและหลอดเลือด (Heart and vessel)	
<ul style="list-style-type: none"> - Bulging of anterior chest - Heaving - Abnormal pulsation - Great vessels - Shortness of breath - Thrills - Point Maximum Impulse - Heart sound (S1 , S2) - Murmur - Heart rate - Peripheral pulse (ท่านอน) <ul style="list-style-type: none"> ● Carotid pulse ● Brachial pulse ● Radial pulse ● Femoral pulse ● Popliteal pulse ● Dorsalis pedis pulse 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
5. หน้าท้องและทางเดินอาหาร (Abdomen)	
<ul style="list-style-type: none"> - Skin, Lesion, Symmetry, Umbilicus - 4 Quadrants for bowel sounds 	<p>.....</p> <p>.....</p>

