



โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ลำปาง
LAMPANG MEDICAL REHABILITATION HOSPITAL

แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ
พยาบาลเจ้าของไข้
(1/3)

ชื่อผู้ป่วย

คำชี้แจงโปรดประเมินและบันทึกข้อมูลภายใน 1 สัปดาห์ หลังรับผู้ป่วย
คำแนะนำทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความหรือกรอกรายละเอียดเพิ่มเติม

ผู้บันทึก (พยาบาลเจ้าของไข้).....วันที่.....เวลา.....
ผู้ตรวจสอบ (หัวหน้างาน).....วันที่.....เวลา.....

ข้อมูลทั่วไป

ศาสนา.....เชื้อชาติ.....สถานภาพ.....ระดับการศึกษาสูงสุด.....อาชีพ.....

เป้าหมายทางการพยาบาล.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

การเข้ารักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคยครั้งสุดท้ายเมื่อ.....เนื่องจาก.....	ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี 1. โรค.....ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย..... 2. โรค.....ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....
การรับการผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคยครั้งสุดท้ายเมื่อ.....เนื่องจาก.....	

ประวัติการใช้สิ่งเสพติด

1. บุหรี่ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> สูบครั้งแรก.....ปี ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ยังเลิกไม่ได้ สูบเฉลี่ย.....มวน/วัน <input type="checkbox"/> เลิกสูบบุหรี่มานาน.....ปี	3. อื่นๆ <input type="checkbox"/> ระบุ.....ปริมาณเฉลี่ย..... ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ยังเลิกไม่ได้ ปริมาณเฉลี่ย..... <input type="checkbox"/> เลิกมานาน.....ปี
2. สุรา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ดื่มครั้งแรก.....ปี ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ยังเลิกไม่ได้ ปริมาณเฉลี่ย..... <input type="checkbox"/> เลิกดื่มมานาน.....ปี	

การรับประทานอาหาร (ถามเฉพาะรายที่มีปัญหา เช่น DM, PU, HT, ไต ฯลฯ)

อุปนิสัยการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารวันละ.....มื้อ <input type="checkbox"/> ตรงเวลา <input type="checkbox"/> ไม่ตรงเวลา <input type="checkbox"/> ขอบรับประทานอาหารจุกจิก	รส / ชนิดอาหารที่ชอบรับประทาน..... ความเชื่อเรื่องอาหารแสลง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ).....
---	---

การรับรู้และการตอบสนองระหว่างการเจ็บป่วย

การรับรู้ (เวลา, สถานที่, บุคคล) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	การได้ยิน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
ความจำและการโต้ตอบ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> หลงลืม <input type="checkbox"/> สูญเสียความจำ <input type="checkbox"/> โต้ตอบไม่เหมาะสม	การรู้รส <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... การสัมผัส <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....

การพักผ่อนและการนอนหลับ

อุปนิสัยการนอนหลับ ก่อนมาโรงพยาบาลนอนวันละ.....ชม. นอนกลางวันวันละ.....ชม.	สิ่งที่ช่วยให้หลับ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ใช้ยานอนหลับ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....
---	---

ความปลอดภัย / การเคลื่อนไหว

ลักษณะรูปร่าง/แขน/ขา/ลำตัว <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ (ระบุ).....	ระดับกำลังกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> แขนซ้าย..... <input type="checkbox"/> ขาซ้าย..... <input type="checkbox"/> แขนขวา..... <input type="checkbox"/> ขาขวา..... การกำ มือซ้าย/ขวา...../.....
การเคลื่อนไหว ROM ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ บริเวณ..... องศา..... <input type="checkbox"/> เกร็ง (บริเวณ)..... ระดับ.....	

สภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม

ลักษณะนิสัย/อารมณ์โดยทั่วไปก่อนเจ็บป่วย.....	ช่วงเจ็บป่วยในครั้งนี้.....
--	-----------------------------



โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ลำปาง
LAMPANG MEDICAL REHABILITATION HOSPITAL

แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ
พยาบาลเจ้าของไข้
(2/3)

ติดสติ๊กเกอร์
ชื่อผู้ป่วย

การเจริญพันธุ์ (ถ้าสามารถชักประวัติได้)

มีความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย

☐ ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ☐ ไม่มี

☐ มี (ระบุ)

การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเรื่องเพศหรือไม่
(สมรรถภาพทางเพศ, ความต้องการทางเพศ ฯลฯ)

☐ ไม่มี ☐ ยังไม่ทราบ ☐ มี (ระบุ).....

ความต้องการการช่วยเหลือ

☐ ไม่ต้องการ ☐ ยังไม่ทราบ

☐ ต้องการ (ระบุคำแนะนำ/ การช่วยเหลือเบื้องต้น/ การส่งต่อ)

วิธีการคุมกำเนิด (ถ้ามี).....

การมีรอบเดือน ☐ สม่าเสมอ ☐ ไม่สม่าเสมอ.....

ความผิดปกติของการมีรอบเดือน

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

ความรู้สึกต่อความเจ็บป่วย

เป้าหมายของการรักษาฟื้นฟูฯ ครั้งนี้

เป้าหมายในชีวิตคือ

ผลการเจ็บป่วยต่อเป้าหมายในชีวิต

กังวลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

วิธีแก้ปัญหา.....

ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อคนในครอบครัว

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

วิธีแก้ปัญหา.....

ความเจ็บป่วยมีผลต่อระดับการช่วยเหลือตนเอง

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

วิธีแก้ปัญหา.....

แรงจูงใจในการดูแลตนเอง

☐ ไม่มี

☐ มี (ระบุ)

การรับรู้ความสำคัญในการดูแลตนเอง

☐ ไม่สำคัญ เพราะ

☐ สำคัญ เพราะ

ความรู้สึกต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ / การทำงานของร่างกาย

☐ น้อยมาก ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก

การยอมรับต่อการสูญเสียภาพลักษณ์ / การทำงานของร่างกาย ☐ น้อยมาก ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก

วิธีแก้ปัญหา.....

ศาสนาและความเชื่อ (ที่มีผลต่อการฟื้นฟู)

ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจในขณะเจ็บป่วย

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

ความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความเชื่อกับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ

การจัดการและการแก้ไขปัญหา (เกิดขึ้นก่อนเจ็บป่วย)

ปัญหา/สาเหตุที่ทำให้รู้สึกเครียด

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

วิธีแก้ไขเมื่อเกิดความเครียด

☐ ระบายให้ผู้ฟัง ☐ ไข้ยา ☐ เล่นกีฬา ☐ ทำบุญ ☐ อื่นๆ

ปัญหาที่ร้ายแรงที่สุดในชีวิต

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

วิธีแก้ไข.....

การสูญเสียสิ่งสำคัญในชีวิต

☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

วิธีแก้ไข.....

การรับรู้บทบาทของตนเองต่อครอบครัวและสังคม

มีพี่น้อง.....คน เป็นบุตรคนที่..... มีบุตร.....คน จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ☐ ไม่มีปัญหา ☐ มี (ระบุ)

ความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการหารายได้

☐ ทั้งหมด ☐ บางส่วน ☐ ไม่ต้องรับผิดชอบ

ผู้รับผิดชอบครอบครัวแทนเมื่อเจ็บป่วย (ระบุ)

☐ ไม่มี

เมื่อต้องตัดสินใจในสิ่งสำคัญ คุณตัดสินใจ

☐ คนเดียว ☐ มีที่ปรึกษา (ระบุ).....

ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย (ระบุ).....

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

ผู้ดูแลหลักที่บ้าน (ระบุ)

1.ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 2.ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย



โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ลำปาง
LAMPANG MEDICAL REHABILITATION HOSPITAL

แบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง
พยาบาลเจ้าของไข้
(3/3)

ติดสติ๊กเกอร์
ชื่อผู้ป่วย

ข้อมูลบ้านผู้ป่วย

ลักษณะบ้านผู้ป่วย

บ้านอยู่ห่างจากถนน.....
สถานที่ใกล้เคียง.....
ลักษณะทางเข้าบ้าน.....
กว้าง.....เมตร
ลักษณะบ้าน.....
ขนาดพื้นที่.....ตารางวา
ลักษณะบริเวณรอบบ้าน ☐ ไม่มี
☐ มี (ระบุ).....
ประตูรั้วบ้าน กว้าง.....ซ.ม.
ทางลาด ☐ ไม่มี ☐ มี สูง.....ซ.ม.
การใช้รถเข็น ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้

ขนาดประตูทางเข้า - ออก ตัวบ้าน กว้าง.....ซ.ม.
การใช้รถเข็น ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้
ทางต่างระดับ/ธรณีประตู ☐ ไม่มี
☐ มี สูง.....ซ.ม. กว้าง.....ซ.ม.
ลักษณะของพื้นภายในบ้าน.....บันได
☐ ไม่มี
☐ มีชั้น สูง.....ซ.ม. กว้าง.....ซ.ม.
สิ่งที่ควรปรับปรุง

ลักษณะห้องนอนผู้ป่วย

ห้องนอนผู้ป่วยปัจจุบันอยู่ที่ชั้น..... ขนาดห้อง.....เมตร
ลักษณะพื้นในห้อง.....
ขนาดประตูห้องนอน.....ซ.ม.
การใช้รถเข็น ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้
ทางต่างระดับ ☐ ไม่มี ☐ มี สูง.....ซ.ม.
ธรณีประตู ☐ ไม่มี ☐ มี สูง.....ซ.ม.

เตียง ☐ ไม่มี
☐ มีชนิด..... ขนาดกว้าง x ยาว x สูง.....ซ.ม.
สิ่งที่ควรปรับปรุง

ลักษณะห้องน้ำที่ผู้ป่วยใช้

ห้องน้ำอยู่ชั้นที่..... ประตูห้องน้ำกว้าง.....ซ.ม.
การใช้รถเข็น ☐ เข้าได้ ☐ เข้าไม่ได้
ขนาดห้องน้ำ.....เมตร
การใช้รถเข็นในห้องน้ำ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้
พื้นต่างระดับ ☐ ไม่มี ☐ มี สูง.....ซ.ม.
การใช้รถเข็น ☐ ได้ ☐ ไม่ได้
ธรณีประตู ☐ ไม่มี ☐ มี ด้านนอกสูง.....ซ.ม.
ด้านในสูง.....ซ.ม.
ราวจับ ☐ ไม่มี
☐ มี บริเวณ.....
สูง.....ซ.ม. ยาว.....ซ.ม.
แบบของโถส้วม ☐ ชักโครก ☐ ส้วมซึม ☐ ส้วมราดน้ำทรงสูง
ความสูง.....ซ.ม.
ลักษณะพื้นห้องน้ำ.....
☐ ลื่น ☐ ไม่ลื่น

อาบน้ำโดยวิธี ☐ ใช้ฝักบัว ความสูงของฝักบัว.....ซ.ม. ☐
ใช้ขันตักอาบน้ำ ☐ ใช้รถเข็น / รถเข็นอาบน้ำ
☐ นั่งอาบนอนเก้าอี้ ☐ นั่งอาบนอนชักโครก
อ่างล้างหน้า ☐ ไม่มี ☐ มี สูง.....ซ.ม.
การใช้รถเข็น ☐ ได้ ☐ ไม่ได้
สิ่งที่ควรปรับปรุง