



โรงพยาบาลเวชราชรักษ์ ลำปาง
VEJJARAKLAMPANG HOSPITAL

แบบรายงานทีมสหวิชาชีพ(1/3)
ครั้งที่.....วันที่.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี H.N. A.N. ตึก ☐ ชาย ☐ หญิง เติ้ง

ของทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วย/ญาติ

แพทย์(ประวัติและการตรวจร่างกายปัจจุบัน)

.....
.....

นักกายภาพบำบัด

.....
.....

นักกิจกรรมบำบัด

.....
.....

พยาบาลฟื้นฟู

.....
.....

นักแก้ไขการพูด

.....
.....

นักกายอุปกรณ์

.....
.....

นักให้คำปรึกษาคนพิการ

.....
.....



โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง
VEJJARAKLAMPANG HOSPITAL

แบบรายงานทีมสหวิชาชีพ(๒/3)
ครั้งที่.....วันที่.....

นักสังคมสงเคราะห์

.....

.....

เจ้าหน้าที่งานฝึกทักษะคนพิการ

.....

.....

โภชนากร

.....

.....

ความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

.....

.....

ปัญหาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป้าหมายร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

ปัญหาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

เป้าหมายร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วย/ญาติ

การวางแผนการรักษาฟื้นฟูฯ

.....

.....

ระยะเวลาการรักษาฟื้นฟูฯ

.....

.....



โรงพยาบาลเวชราชภูมิ ลำปาง
VEJJARAKLAMPANG HOSPITAL

แบบรายงานทีมสหวิชาชีพ(๓/3)
ครั้งที่.....วันที่.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น.....ได้ร่วมและรับทราบผลสรุปการรักษาฟื้นฟูของทีมสหวิชาชีพของผู้ป่วย
แล้ว ยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้แจ้งไว้ และยินดีปฏิบัติตามคำสั่งแจ้งดังกล่าวโดยไม่มีข้อขัดข้องใดๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย

ลงชื่อ.....

(.....)

ญาติ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์เจ้าของไข้

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาบาลเจ้าของไข้

ลงชื่อ.....

(.....)

นักกายภาพบำบัด

ลงชื่อ.....

(.....)

นักกิจกรรมบำบัด

ลงชื่อ.....

(.....)

นักให้คำปรึกษาคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

นักสังคมสงเคราะห์

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่งานฝึกทักษะคนพิการ

ลงชื่อ.....

(.....)

โภชนากร

แบบประชุม Team Meeting ครั้งที่.....

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

.....

.....

Dx.....โรคร่วม.....การผ่าตัด.....

อาการปัจจุบัน

๑. ADL

เรื่อง	อาการ/ปัญหา/ความเสี่ยง	การวางแผน/ผลที่ได้รับ
1. Feeding การดื่มน้ำ/ใช้แก้ว/ใช้หลอดดูด/การกินยา/การรับประทานอาหาร(ระดับอาหาร/ระยะเวลาเวลากินในผู้ป่วยกลืนลำบาก/สำลัก)		
2. Grooming แปรงฟัน/ล้างหน้า/ล้างมือ/หวีผม		
3. Cleaning อาบน้ำ/เช็ดตัว,สระผม,ทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย		
4. Dressing(ทำที่ใส่และถอด) ถอดเสื้อ/ใส่เสื้อ/ถอดกางเกง/ใส่ถุงเท้า/ถอดรองเท้า/ใส่รองเท้า		
5. Mobility, Transfer, Ambulation พลิกตัวบนเตียง, การลุกนั่ง+ทรงตัว การลุกยืน+ทรงตัว ชนิดการย้ายตัว อุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน		
6. Bladder ปริมาณน้ำดื่ม ลักษณะการสวนปัสสาวะ(Void, F/C,CIC), การกลั้นปัสสาวะ		
7. Bowel อาหาร,ลักษณะอุจจาระ การเข้า Bowel Program(ทำเอง/ผู้ดูแล)		

๒. ปัญหาอื่นๆ เช่น สภาพบ้าน, แพล, การมองเห็น,การได้ยิน,การสื่อสาร, การใช้อุปกรณ์เครื่องมือ

อาการ/ปัญหา/ความเสี่ยง	การวางแผนเป้าหมาย/ผลที่ได้รับ

๓. สภาพบ้าน ครอบครัว และเศรษฐกิจ

เรื่อง	อาการ/ปัญหา/ความเสี่ยง	การวางแผนเป้าหมาย/ผลที่ได้รับ
ประวัติผู้ป่วย การศึกษา,อาชีพเดิม/ ปัจจุบัน,รายได้,สถานภาพ,บุตรและอาชีพ		
ลักษณะบ้าน, ห้องนอน, ห้องครัว(บ้านที่ กลับไปอยู่จริง)		
ลักษณะครอบครัว ผู้ดูแลหลัก, ผู้ดูแลรอง, สมาชิกในครอบครัว, ความสัมพันธ์, สภาพเศรษฐกิจ		

๔. แหล่งบริการสาธารณสุข/การส่งต่อ

.....

.....

๕. ผลการประชุมทีม

.....

.....