

แบบประเมินผู้ป่วยโรคเบาหวาน

HHC.....

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... ปี สิทธิการรักษา จ้างราชการ ประกันสังคม บัตร 30 บาท (ในเขต) บัตร 30 บาท (นอกเขต) อื่นๆ ระบุ.....
 ที่อยู่..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สามี ภรรยา บุตร อูญาติ ผู้รับจ้างดูแล
 หมายเลขโทรศัพท์.....

หัวข้อประเมิน ลักษณะทั่วไป	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....
1. ด้านร่างกาย - อุณหภูมิ.....°C - ชีพจร.....ครั้ง/นาที - การหายใจ.....ครั้ง/นาที - ความดันโลหิต...../mmHg. - น้ำหนัก/ส่วนสูง.....กก./.....ซม. - ดัชนีมวลกาย.....kg/m ²°Cครั้ง/นาทีครั้ง/นาที/mmHg.กก./.....ซม.kg/m ²°Cครั้ง/นาทีครั้ง/นาที/mmHg.กก./.....ซม.kg/m ²°Cครั้ง/นาทีครั้ง/นาที/mmHg.กก./.....ซม.kg/m ²°Cครั้ง/นาทีครั้ง/นาที/mmHg.กก./.....ซม.kg/m ²
FBSmg%mg%mg%mg%
ผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีระบุตำแหน่ง.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีระบุตำแหน่ง.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีระบุตำแหน่ง.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีระบุตำแหน่ง.....
อาการชาตามมือ/เท้า	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ.....
คันตามผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุโรค.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุโรค.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุโรค.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุโรค.....
อาการ/โรคแทรกซ้อน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุโรค..... <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจ ผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุโรค..... <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจ ผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุโรค..... <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจ ผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุโรค..... <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจ ผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
การตรวจตา	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจ ผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจ ผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจ ผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจ ผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
ประจำปี	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจ ผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจ ผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจ ผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจ ผล <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
การตรวจเท้า	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
รับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/> เหมาะสม/ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> เหมาะสม/ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> เหมาะสม/ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> เหมาะสม/ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....
โดยปกติ	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....

หัวข้อประเมิน	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....
ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรม	<input type="checkbox"/> กว่าจะอ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ตูมหูหรี <input type="checkbox"/> เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ความเครียด <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> กว่าจะอ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ตูมหูหรี <input type="checkbox"/> เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ความเครียด <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> กว่าจะอ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ตูมหูหรี <input type="checkbox"/> เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ความเครียด <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> กว่าจะอ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ตูมหูหรี <input type="checkbox"/> เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ความเครียด <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง
การรับประทานอาหารชนิด/ขนาด	1. 2. 3. 4. 5. 6. <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ.....	1. 2. 3. 4. 5. 6. <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ.....	1. 2. 3. 4. 5. 6. <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ.....	1. 2. 3. 4. 5. 6. <input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ.....
2. สภาพอารมณ์/จิตใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง อื่น ๆ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง อื่น ๆ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง อื่น ๆ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง อื่น ๆ.....
3. ผลกระทบทางสังคม	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
4. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
พบแพทย์ที่นัด	<input type="checkbox"/> ไป <input type="checkbox"/> ไม่ไป เพราะ.....	<input type="checkbox"/> ไป <input type="checkbox"/> ไม่ไป เพราะ.....	<input type="checkbox"/> ไป <input type="checkbox"/> ไม่ไป เพราะ.....	<input type="checkbox"/> ไป <input type="checkbox"/> ไม่ไป เพราะ.....
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... 8.....9.....10.....	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... 8.....9.....10.....	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... 8.....9.....10.....	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7..... 8.....9.....10.....
นัดเยี่ยมครั้งต่อไป				
ผู้ประเมิน				