

แบบประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

HHC.....

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

หัวข้อประเมิน ลักษณะทั่วไป	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่..... วัน/เดือน/ปี.....	
1. ด้านร่างกาย - อุณหภูมิ - ชีพจร - การหายใจ - ความดันโลหิต - น้ำหนัก/ส่วนสูง - ดัชนีมวลกาย	ครั้งที่.....°Cครั้ง/นาทีครั้ง/นาที/mmHg.ช.ม.kg/m ²	ครั้งที่.....°Cครั้ง/นาทีครั้ง/นาที/mmHg.ช.ม.kg/m ²	ครั้งที่.....°Cครั้ง/นาทีครั้ง/นาที/mmHg.ช.ม.kg/m ²	ครั้งที่.....°Cครั้ง/นาทีครั้ง/นาที/mmHg.ช.ม.kg/m ²	
	ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> ไม่ปวด <input type="checkbox"/> ปวดนานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> ปวดบ่อยๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> ไม่ปวด <input type="checkbox"/> ปวดนานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> ปวดบ่อยๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> ไม่ปวด <input type="checkbox"/> ปวดนานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> ปวดบ่อยๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> ไม่ปวด <input type="checkbox"/> ปวดนานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> ปวดบ่อยๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> ไม่ปวด <input type="checkbox"/> ปวดนานๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> ปวดบ่อยๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
	อาการบวม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	อาการบวม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	อาการบวม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	อาการบวม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	อาการบวม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
	ซาดตามมือ/เท้า <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ซาดตามมือ/เท้า <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ซาดตามมือ/เท้า <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ซาดตามมือ/เท้า <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ซาดตามมือ/เท้า <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
	บ่งชี้เสียง/พฤติกรรม <input type="checkbox"/> กวาวอ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> ความเครียด <input type="checkbox"/> ปกติ	บ่งชี้เสียง/พฤติกรรม <input type="checkbox"/> กวาวอ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> ความเครียด <input type="checkbox"/> ปกติ	บ่งชี้เสียง/พฤติกรรม <input type="checkbox"/> กวาวอ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> ความเครียด <input type="checkbox"/> ปกติ	บ่งชี้เสียง/พฤติกรรม <input type="checkbox"/> กวาวอ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> ความเครียด <input type="checkbox"/> ปกติ	บ่งชี้เสียง/พฤติกรรม <input type="checkbox"/> กวาวอ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ไขมันในเลือดสูง <input type="checkbox"/> ความเครียด <input type="checkbox"/> ปกติ
รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> เหมาะสม/ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> เหมาะสม/ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> เหมาะสม/ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> เหมาะสม/ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> เหมาะสม/ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม ระบุ.....	
ทั่วไปปกติ	<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.....	

หัวข้อประเมิน	ครั้งที่.....วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่.....วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่.....วัน/เดือน/ปี.....	ครั้งที่.....วัน/เดือน/ปี.....
การรับประทานยา ระบุชนิด/ขนาด	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
รับประทานยาตามแผนการรักษา	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ถูกต้อง <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง ระบุ.....
2. สภาพอารมณ์/จิตใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง ระบุ..... อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง ระบุ..... อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง ระบุ..... อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง ระบุ..... อื่นๆ.....
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.....
พบแพทย์ตามนัด	<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.....
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	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.....
ผู้เขียนคำสั่งต่อไป				
ผู้ประเมิน				