



แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพครอบครัว (สำหรับโปรแกรม POFF3)

H ----
F ----

ส่วนที่ 1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพครอบครัว (Health Survey: Scan)

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** [1.1] ศูนย์บริการสาธารณสุข..... [1.2] ศูนย์ประสานงานกลุ่มที่..... [1.3] วันที่สำรวจ..... วันที่ปรับปรุง.....
- [1.4] รหัสประจำบ้าน มี ระบุ..... [1.5] ไม่มี ระบุสาเหตุ*..... [1.6] ผู้สำรวจ..... [1.7] ตำแหน่ง.....
- [1.8] พื้นที่รับผิดชอบ/ชุมชน..... [1.9] บ้านเลขที่..... [1.10] ชื่อที่อยู่..... [1.11] หมู่บ้าน..... [1.12] หมู่ที่.....
- [1.13] ตรอก/ซอย.....แยก..... [1.14] ถนน..... [1.15] แขวง..... [1.16] เขต..... กทม.
- [1.17] รหัสไปรษณีย์..... [1.18] โทรศัพท์.....
- [1.19] พบบ้าน แต่สำรวจข้อมูลไม่ได้ [1.20] สาเหตุ ไม่มีผู้อยู่อาศัย บ้านปิด จำนวนคนตามทะเบียนบ้าน.....คน ไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจาก*.....
- [1.21] ลักษณะบ้าน บ้านเดี่ยว บ้านเรือนแถว ทาวน์เฮ้าส์ ตึกแถว อาคารชุด แฟลต ที่พักชั่วคราว/เพิง บ้านที่เป็นพาหนะหรือบ้านที่สามารถเคลื่อนที่ได้ ศาสนสถาน

ตอนที่ 2 ข้อมูลที่พักอาศัย สุขภาพและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว

[2.1] ประเภทที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> ของตนเอง <input type="checkbox"/> เช่า (ที่ดิน/บ้าน) <input type="checkbox"/> ห้องแบ่งเช่า <input type="checkbox"/> อาศัยผู้อื่น <input type="checkbox"/> หน่วยงานจัดให้ <input type="checkbox"/> ที่บุกรุก <input type="checkbox"/> ที่ทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	[2.8] ความสะอาดเป็นระเบียบ <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้ <input type="checkbox"/> ไม่ดี
[2.2] การใช้ประโยชน์อาคาร <input type="checkbox"/> ที่พักอาศัย <input type="checkbox"/> สถานประกอบการ <input type="checkbox"/> ที่พักอาศัยและสถานประกอบการ	[2.9] น้ำดื่ม <input type="checkbox"/> ถูกสุขลักษณะ <input type="checkbox"/> ไม่ถูกสุขลักษณะ
[2.3] ประเภทสถานประกอบการ*	[2.10] น้ำใช้ <input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด
<input type="checkbox"/> แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ ระบุ.....	[2.11] สุขา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="radio"/> ถูกสุขลักษณะ <input type="radio"/> ไม่ถูกสุขลักษณะ
<input type="checkbox"/> แหล่งเฝ้าระวังด้านสุขภาพ สังกมและสิ่งแวดล้อม ระบุ.....	[2.12] กำจัดขยะมูลฝอย <input type="checkbox"/> ถูกสุขลักษณะ <input type="checkbox"/> ไม่ถูกสุขลักษณะ
<input type="checkbox"/> แหล่งที่พักอาศัย ระบุ.....	[2.13] น้ำท่วมขังบริเวณบ้าน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุแหล่งที่มา.....
<input type="checkbox"/> แหล่งชุมชนตลาด ระบุ.....	[2.14] สัตว์นำโรคและสัตว์ที่เป็นปัญหา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="radio"/> หนู <input type="radio"/> แมลงสาบ <input type="radio"/> ยุง <input type="radio"/> แมลงวัน <input type="radio"/> สัตว์ปีก เช่น นก, ไก่ <input type="radio"/> งู <input type="radio"/> สุนัขหรือแมว <input type="radio"/> หมู <input type="radio"/> อื่นๆ
[2.4] ชื่อสถานประกอบการ .....ผู้ติดต่อ.....โทร.....	[2.15] สัตว์เลี้ยงในครอบครัว <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี (ประเภท/จำนวน) ระบุ...../.....ตัว
[2.5] จำนวนประชากรที่อยู่ในสถานประกอบการ คน	[2.16] สภาพแวดล้อมนอกบ้าน <input type="radio"/> ปลอดภัย <input type="radio"/> ไม่ปลอดภัย
[2.6] อากาศถ่ายเท <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี	[2.17] สภาพภายในบ้านที่เป็นอันตรายต่อผู้อยู่อาศัย <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี
[2.7] แสงสว่างภายในบ้าน <input type="checkbox"/> เพียงพอ <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ	[2.18] สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="radio"/> มลพิษทางอากาศ <input type="radio"/> มลพิษทางเสียง <input type="radio"/> มลพิษทางน้ำ

ตอนที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว

- [3.1] อาศัยอยู่ในชุมชนนี้มานาน น้อยกว่า 1 ปี 1-5 ปี มากกว่า 5 ปี
- [3.2] รายได้รวมของครอบครัว ไม่มีรายได้ มีรายได้..... (บาท/เดือน)
- [3.3] การใช้จ่ายของครอบครัว เหลือเก็บ เพียงพอไม่เหลือเก็บ ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ไม่ทราบ
- [3.4] มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน* เข้าร่วม ระบุ..... ไม่เข้าร่วม ไม่ทราบ

หมายเหตุ : จำเป็นต้องมีการบันทึกทุกครั้ง

* มีคำอธิบายเพิ่มเติมในคู่มือฉบับย่อ

ตอนที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน (สอบถามสุขภาพของผู้อาศัยในบ้านทุกราย)

P □□-□□□-□□□□□

1	★ คำนำหน้าชื่อ-สกุล		★ ว.ด.ป.เกิด.....	สถานะปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ย้าย เมื่อวันที่..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิต เมื่อวันที่.....
	เลขประจำตัวประชาชน		อายุ ณ วันที่พบ.....	ตรวจสุขภาพ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย*.....
	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา		แพทย์ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการแพทย์ <input type="checkbox"/> แพ้ ชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
	รายชื่อในทะเบียนบ้าน* <input type="checkbox"/> อยู่จริง <input type="checkbox"/> กทม. <input type="checkbox"/> ต่างจังหวัด <input type="checkbox"/> ต่างดาว <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			ภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="radio"/> เสี่ยงพฤติกรรม*.....
	สถานะในครอบครัว <input type="checkbox"/> หน.ครอบครัว <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			<input type="radio"/> เสี่ยงโรคทางพันธุกรรม.....
	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยก <input type="checkbox"/> สมณะ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			<input type="checkbox"/> ป่วย ระบุ.....
	ระดับการศึกษา*	อาชีพ.....		ประเภทการเชื่อมบ้าน <input type="checkbox"/> HV [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 2 HV]
	สิทธิการรักษา*	บัตรทอง <input type="checkbox"/> ในเขต <input type="checkbox"/> นอกเขต		<input type="checkbox"/> HHC [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 3 HHC]

P □□-□□□-□□□□□

2	★ คำนำหน้าชื่อ-สกุล		★ ว.ด.ป.เกิด.....	สถานะปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ย้าย เมื่อวันที่..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิต เมื่อวันที่.....
	เลขประจำตัวประชาชน		อายุ ณ วันที่พบ.....	ตรวจสุขภาพ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย*.....
	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา		แพทย์ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการแพทย์ <input type="checkbox"/> แพ้ ชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
	รายชื่อในทะเบียนบ้าน* <input type="checkbox"/> อยู่จริง <input type="checkbox"/> กทม. <input type="checkbox"/> ต่างจังหวัด <input type="checkbox"/> ต่างดาว <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			ภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="radio"/> เสี่ยงพฤติกรรม*.....
	สถานะในครอบครัว <input type="checkbox"/> หน.ครอบครัว <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			<input type="radio"/> เสี่ยงโรคทางพันธุกรรม.....
	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยก <input type="checkbox"/> สมณะ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			<input type="checkbox"/> ป่วย ระบุ.....
	ระดับการศึกษา*	อาชีพ.....		ประเภทการเชื่อมบ้าน <input type="checkbox"/> HV [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 2 HV]
	สิทธิการรักษา*	บัตรทอง <input type="checkbox"/> ในเขต <input type="checkbox"/> นอกเขต		<input type="checkbox"/> HHC [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 3 HHC]

P □□-□□□-□□□□□

3	★ คำนำหน้าชื่อ-สกุล		★ ว.ด.ป.เกิด.....	สถานะปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ย้าย เมื่อวันที่..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิต เมื่อวันที่.....
	เลขประจำตัวประชาชน		อายุ ณ วันที่พบ.....	ตรวจสุขภาพ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย*.....
	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา		แพทย์ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการแพทย์ <input type="checkbox"/> แพ้ ชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
	รายชื่อในทะเบียนบ้าน* <input type="checkbox"/> อยู่จริง <input type="checkbox"/> กทม. <input type="checkbox"/> ต่างจังหวัด <input type="checkbox"/> ต่างดาว <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			ภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="radio"/> เสี่ยงพฤติกรรม*.....
	สถานะในครอบครัว <input type="checkbox"/> หน.ครอบครัว <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			<input type="radio"/> เสี่ยงโรคทางพันธุกรรม.....
	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยก <input type="checkbox"/> สมณะ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			<input type="checkbox"/> ป่วย ระบุ.....
	ระดับการศึกษา*	อาชีพ.....		ประเภทการเชื่อมบ้าน <input type="checkbox"/> HV [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 2 HV]
	สิทธิการรักษา*	บัตรทอง <input type="checkbox"/> ในเขต <input type="checkbox"/> นอกเขต		<input type="checkbox"/> HHC [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 3 HHC]

4	★ คำนำหน้าชื่อ-สกุล	.....	★ วดป.เกิด.....	สถานะปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ช่าย เมื่อวันที่..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิต เมื่อวันที่.....
เลขประจำตัวประชาชน	.....	.....	อายุ ณ วันที่พบ.....	ตรวจสุขภาพ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย*.....
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	เชื้อชาติ.....	สัญชาติ.....	ศาสนา	แพ้ยา <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการแพ้ <input type="checkbox"/> แพ้ ชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายชื่อในทะเบียนบ้าน*	<input type="checkbox"/> อยู่จริง <input type="checkbox"/> กทม. <input type="checkbox"/> ต่างจังหวัด <input type="checkbox"/> ต่างด้าว <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="radio"/> เสี่ยงพฤติกรรม*.....		
สถานะในครอบครัว	<input type="checkbox"/> หน.ครอบครัว <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> เสี่ยงโรคทางพันธุกรรม.....		
สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยก <input type="checkbox"/> สมณะ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ป่วย ระบุ.....		
ระดับการศึกษา*	.....	อาชีพ.....	ประเภทการเชื่อมบ้าน <input type="checkbox"/> HV [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 2 HV]	
สิทธิการรักษา*	.....	บัตรทอง <input type="checkbox"/> ในเขต <input type="checkbox"/> นอกเขต	<input type="checkbox"/> HHC [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 3 HHC]	

5	★ คำนำหน้าชื่อ-สกุล	.....	★ วดป.เกิด.....	สถานะปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ช่าย เมื่อวันที่..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิต เมื่อวันที่.....
เลขประจำตัวประชาชน	.....	.....	อายุ ณ วันที่พบ.....	ตรวจสุขภาพ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย*.....
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	เชื้อชาติ.....	สัญชาติ.....	ศาสนา	แพ้ยา <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการแพ้ <input type="checkbox"/> แพ้ ชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายชื่อในทะเบียนบ้าน*	<input type="checkbox"/> อยู่จริง <input type="checkbox"/> กทม. <input type="checkbox"/> ต่างจังหวัด <input type="checkbox"/> ต่างด้าว <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="radio"/> เสี่ยงพฤติกรรม*.....		
สถานะในครอบครัว	<input type="checkbox"/> หน.ครอบครัว <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> เสี่ยงโรคทางพันธุกรรม.....		
สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยก <input type="checkbox"/> สมณะ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ป่วย ระบุ.....		
ระดับการศึกษา*	.....	อาชีพ.....	ประเภทการเชื่อมบ้าน <input type="checkbox"/> HV [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 2 HV]	
สิทธิการรักษา*	.....	บัตรทอง <input type="checkbox"/> ในเขต <input type="checkbox"/> นอกเขต	<input type="checkbox"/> HHC [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 3 HHC]	

ตอนที่ 6 ข้อมูลสรุปสุขภาพของครอบครัว (สำหรับพยาบาล)

[6.1] ปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ* ไม่มี มี ระบุ (ด้าน)

ด้านสุขภาพอนามัย ด้านเศรษฐกิจ สังคมและการฝึกอาชีพ ด้านการศึกษา

ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

[6.2] ข้อพิจารณาเสนอแนะ*.....

.....

.....

[6.3] ผู้ประเมิน.....[6.4] ตำแหน่ง.....

แผนผังครอบครัว*

ตอนที่ 5 ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญของบุคคลกลุ่มเป้าหมาย (12 กลุ่ม)

กลุ่ม 1 หญิงตั้งครรภ์ มี.....คน									
NO.	ครรภ์ ที่	กำหนด คลอด	ภาวะเสี่ยง			การฝากครรภ์ตามเกณฑ์			
			ต่อการตั้งครรภ์			ฝาก ≥4 ครั้ง	ฝาก <4 ครั้ง	ไม่ได้ ฝาก	ไม่ ทราบ
			มี	ไม่มี	ไม่ทราบ				

กลุ่ม 2 หญิงหลังคลอด มี.....คน														
NO.	ประวัติการคลอด				วัน คลอด	การตรวจหลังคลอด				ภาวะแทรกซ้อน				
	ปกติ	ผ่าตัด	ใช้ เครื่องมื่อ	ไม่ ทราบ		ภายใน 45 วัน	ยังไม่ ครบนัด	ไม่ได้ ตรวจ	ไม่ ทราบ	มี	ไม่มี	ไม่ ทราบ		

กลุ่ม 4 วัยเรียน (อายุ 6-10 ปี) มี.....คน														
NO.	ภาวะโภชนาการ							การได้รับวัคซีน						
	ผอม	ค่อนข้าง ผอม	สม ส่วน	ท้วม	เริ่ม อ้วน	อ้วน	ไม่ ทราบ	ไม่ได้รับ	ไม่ครบ	ครบ	ไม่ ทราบ			

กลุ่ม 3 วัยก่อนเรียน (แรกเกิด-5 ปี) มี.....คน																				
NO.	ได้รับนมแม่			ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์				น้ำหนัก		ภาวะโภชนาการ				พัฒนาการตามวัย						
	ไม่ได้รับ	<6 เดือน	≥6 เดือน	ไม่ ทราบ	ไม่ได้รับ	ไม่ครบ	ครบ	ไม่ ทราบ	แรกเกิด	ปัจจุบัน	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ตาม เกณฑ์	ค่อนข้างมาก	ไม่ ทราบ	ปกติ	ผิดปกติ	ระบุ	ไม่ทราบ	

กลุ่ม 5 วัยรุ่น (อายุ 11-20 ปี) มี.....คน																					
NO.	ภาวะโภชนาการ							ปัญหาวัยรุ่น													
	ผอม	ค่อนข้าง ผอม	สม ส่วน	ท้วม	เริ่ม อ้วน	อ้วน	ไม่ ทราบ	ไม่มี	มี	ระบุ											

กลุ่ม 6 วัยทำงาน (อายุ 21-40 ปี) มี.....คน																					
NO.	ภาวะโภชนาการ					การออกกำลังกาย				มีปัญหา											
	ผอม	ปกติ	เกิน/ ท้วม	อ้วน/ ปานกลาง	อ้วน	ไม่ ทราบ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	เป็นประจำ	ไม่ทราบ	ไม่มี	มี	ระบุ								

กลุ่ม 7 ชายวัยทอง (อายุ 41-59 ปี) มี.....คน																						
NO.	ภาวะโภชนาการ					การออกกำลังกาย				ปัญหาสุขภาพ												
	ผอม	ปกติ	เกิน/ ท้วม	อ้วน/ ปานกลาง	อ้วน	ไม่ ทราบ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	เป็นประจำ	ไม่ทราบ	ไม่มี	มี	ระบุ									

กลุ่ม 8 สตรีวัยทอง (อายุ 41-59 ปี) มี.....คน																						
NO.	ภาวะโภชนาการ					การออกกำลังกาย				ปัญหาสุขภาพ												
	ผอม	ปกติ	เกิน/ ท้วม	อ้วน/ ปานกลาง	อ้วน	ไม่ ทราบ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	เป็นประจำ	ไม่ทราบ	ไม่มี	มี	ระบุ									

กลุ่ม 9 ผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มี.....คน																										
NO.	ช่วยเหลือตนเอง			ภาวะโภชนาการ					การออกกำลังกาย																	
	ไม่ได้	ได้ น้อย	ปกติ	ไม่ ทราบ	ผอม	ปกติ	เกิน/ ท้วม	อ้วน/ ปานกลาง	อ้วน	ไม่ ทราบ	ไม่ เคย	นาน ๆ ครั้ง	เป็นประจำ	ไม่ ทราบ												

กลุ่ม 10 หญิง (อายุ 35 ปีขึ้นไป) มี.....คน																											
NO.	การตรวจเต้านม				การตรวจมะเร็งปากมดลูก																						
	ไม่เคย ตรวจ	ไม่ทุก เดือน	ทุก เดือน	ไม่ ทราบ	ไม่เคย ตรวจ	เคยตรวจ <1 ปี	เคยตรวจ 1-3 ปี	เคยตรวจ >3 ปี	วันที่ตรวจ ล่าสุด	ไม่ ทราบ																	

กลุ่ม 11 หญิงสมรสแล้ว มี.....คน				
NO.	การคุมกำเนิด*			
	ไม่ได้ คุม	คุม	ระบุ	ไม่ ทราบ

กลุ่ม 12 ผู้พิการ* มี.....คน					
NO.	ประเภทความพิการ	ลงทะเบียน	ต้องการ อุปกรณ์	ระบุ	ต้องการการดูแล ช่วยเหลือ

เลขที่ HV.....

F

P

ส่วนที่ 2 การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน (Home visit) (สำหรับโปรแกรม POFF3)

ลำดับที่ในครอบครัว.....ชื่อ-สกุล.....							
ครั้งที่ 1 วันที่.....				ครั้งที่ 2 วันที่.....			
T.....°C	P.....ครั้ง/นาที	R.....ครั้ง/นาที	BP.....mmHg.	T.....°C	P.....ครั้ง/นาที	R.....ครั้ง/นาที	BP.....mmHg.
น้ำหนัก.....กก.	ส่วนสูง.....ซม.	BMI.....kg./m ²	อื่นๆ.....	น้ำหนัก.....กก.	ส่วนสูง.....ซม.	BMI.....kg./m ²	อื่นๆ.....
รอบเอว.....ซม.	รอบสะโพก.....ซม.	DTX.....mg.%		รอบเอว.....ซม.	รอบสะโพก.....ซม.	DTX.....mg.%	
สรุปภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="checkbox"/> เสี่ยงพฤติกรรม* <input type="checkbox"/> เสี่ยงโรคทางพันธุกรรม <input type="checkbox"/> ป่วย โรคไม่ติดต่อ (ควบคุมได้) โรค .....วันที่ป่วย.....รักษาที่..... โรค.....วันที่ป่วย.....รักษาที่..... โรคติดต่อเฝ้าระวัง โรค.....วันที่ป่วย.....วันที่หาย.....รักษาที่..... โรค.....วันที่ป่วย.....วันที่หาย.....รักษาที่.....				สรุปภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="checkbox"/> เสี่ยงพฤติกรรม* <input type="checkbox"/> เสี่ยงโรคทางพันธุกรรม <input type="checkbox"/> ป่วย โรคไม่ติดต่อ (ควบคุมได้) โรค .....วันที่ป่วย.....รักษาที่..... โรค.....วันที่ป่วย.....รักษาที่..... โรคติดต่อเฝ้าระวัง โรค.....วันที่ป่วย.....วันที่หาย.....รักษาที่..... โรค.....วันที่ป่วย.....วันที่หาย.....รักษาที่.....			
กิจกรรมการพยาบาล <input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI <input type="checkbox"/> วัดรอบเอว / รอบสะโพก <input type="checkbox"/> คัดกรองภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> คัดกรองทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ประเมินพัฒนาการเด็ก <input type="checkbox"/> เก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจ <input type="checkbox"/> เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) <input type="checkbox"/> ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เช็ดตา / หยอดตา <input type="checkbox"/> ดูแลรักษานามัยช่องปาก				<input type="checkbox"/> เช็ดตัวลดไข้ <input type="checkbox"/> ทำแผล <input type="checkbox"/> ให้อาตามแผนการรักษา / การรักษาเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ให้อาหารเสริม <input type="checkbox"/> ฉีดยา <input type="checkbox"/> ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม <input type="checkbox"/> สอนสาธิต การสร้างเสริมสุขภาพ <input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำความรู้ทางด้านสุขภาพ <input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษา <input type="checkbox"/> ติดตามไปรับบริการ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมสมรรถภาพ <input type="checkbox"/> ถ่ายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบุ..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....			
ผลการเยี่ยมบ้าน* <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> หายจากโรค <input type="checkbox"/> ทรมอลง <input type="checkbox"/> มีภาวะแทรกซ้อน ระบุ..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิตเมื่อวันที่				ผลการเยี่ยมบ้าน* <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> หายจากโรค <input type="checkbox"/> ทรมอลง <input type="checkbox"/> มีภาวะแทรกซ้อน ระบุ..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิตเมื่อวันที่			
ความสามารถในการดูแลตนเอง* ระดับ <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3				ความสามารถในการดูแลตนเอง* ระดับ <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3			
ช่องทางที่พบ <input type="checkbox"/> พบเอง <input type="checkbox"/> จากการส่งต่อ		ช่องทางที่พบ <input type="checkbox"/> พบเอง <input type="checkbox"/> จากการส่งต่อ		ช่องทางที่พบ <input type="checkbox"/> พบเอง <input type="checkbox"/> จากการส่งต่อ		ช่องทางที่พบ <input type="checkbox"/> พบเอง <input type="checkbox"/> จากการส่งต่อ	
ระบบส่งต่อ* รับจาก <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ..... ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ.....		ระบบส่งต่อ* รับจาก <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ..... ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ.....		ระบบส่งต่อ* รับจาก <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ..... ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ.....		ระบบส่งต่อ* รับจาก <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ..... ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ.....	

- เสี่ยงพฤติกรรม:**
- 1=สูบบุหรี่
 - 2=ดื่มแอลกอฮอล์
 - 3=ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง
 - 4=ใช้สารเสพติด
 - 5=ไม่มีการป้องกันอันตรายจากการทำงาน
 - 6=พฤติกรรมมารับประทานอาหาร
 - 7=ไม่ออกกำลังกาย
 - 8=เครียด
 - 9=BMI ขาด,เกิน
 - 10=การใช้ยา
 - 11=ปัญหาสุขภาพฟันและช่องปาก
 - 12=ไม่ตรวจสุขภาพ
 - 13=เสี่ยงทางเพศ
 - 14=อื่น ๆ
- ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Care):**
1. ดูแลตัวเองได้ดี
 2. ดูแลตนเองได้บางส่วน
 3. ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ดูแล

หมายเหตุ : * มีคำอธิบายเพิ่มเติมในคู่มือฉบับย่อ

เลขที่ HV.....

P □□-□□□-□□□□□

ส่วนที่ 2 การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน (Home visit) (แผ่นต่อ)

ครั้งที่ 3 วันที่.....				ครั้งที่ 4 วันที่.....			
T.....°C	P.....ครั้ง/นาที	R.....ครั้ง/นาที	BP.....mmHg.	T.....°C	P.....ครั้ง/นาที	R.....ครั้ง/นาที	BP.....mmHg.
น้ำหนัก.....กก.	ส่วนสูง.....ซม.	BMI.....kg./m ²	อื่น ๆ.....	น้ำหนัก.....กก.	ส่วนสูง.....ซม.	BMI.....kg./m ²	อื่น ๆ.....
รอบเอว.....ซม.	รอบสะโพก.....ซม.	DTX.....mg.%		รอบเอว.....ซม.	รอบสะโพก.....ซม.	DTX.....mg.%	
สรุปภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสีย <input type="radio"/> เสียพฤติกรรม* <input type="radio"/> เสียโรคทางพันธุกรรม <input type="checkbox"/> ป่วย โรคไม่ติดต่อ (ควบคุมได้) โรค .....วันที่ป่วย.....รักษาที่..... โรค.....วันที่ป่วย.....รักษาที่..... โรคติดต่อเฝ้าระวัง โรค.....วันที่ป่วย.....วันที่หาย.....รักษาที่..... โรค.....วันที่ป่วย.....วันที่หาย.....รักษาที่.....				สรุปภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสีย <input type="radio"/> เสียพฤติกรรม* <input type="radio"/> เสียโรคทางพันธุกรรม <input type="checkbox"/> ป่วย โรคไม่ติดต่อ (ควบคุมได้) โรค .....วันที่ป่วย.....รักษาที่..... โรค.....วันที่ป่วย.....รักษาที่..... โรคติดต่อเฝ้าระวัง โรค.....วันที่ป่วย.....วันที่หาย.....รักษาที่..... โรค.....วันที่ป่วย.....วันที่หาย.....รักษาที่.....			
กิจกรรมการพยาบาล <input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI <input type="checkbox"/> วัดรอบเอว / รอบสะโพก <input type="checkbox"/> คัดกรองภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> คัดกรองทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ประเมินพัฒนาการเด็ก <input type="checkbox"/> เก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจ <input type="checkbox"/> เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) <input type="checkbox"/> ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เช็ดตา / หยอดตา <input type="checkbox"/> ดูแลรักษานามัยช่องปาก				กิจกรรมการพยาบาล <input type="checkbox"/> เช็ดตัวลดไข้ <input type="checkbox"/> ทำแผล <input type="checkbox"/> ให้อาตามแผนการรักษา / การรักษาเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ให้ภูมิคุ้มกันโรค <input type="checkbox"/> ฉีดยา <input type="checkbox"/> ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม <input type="checkbox"/> สอนสาธิต การสร้างเสริมสุขภาพ <input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำความรู้ทางด้านสุขภาพ <input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษา <input type="checkbox"/> ติดตามไปรับบริการ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมสมรรถภาพ <input type="checkbox"/> ถ่ายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบุ..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....			
ผลการเยี่ยมบ้าน* <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> หายจากโรค <input type="checkbox"/> ทรุดลง <input type="checkbox"/> มีภาวะแทรกซ้อน ระบุ..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิตเมื่อวันที่				ผลการเยี่ยมบ้าน* <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> ทุเลา <input type="checkbox"/> หายจากโรค <input type="checkbox"/> ทรุดลง <input type="checkbox"/> มีภาวะแทรกซ้อน ระบุ..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิตเมื่อวันที่			
ความสามารถในการดูแลตนเอง* ระดับ <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3				ความสามารถในการดูแลตนเอง* ระดับ <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3			
ช่องทางที่พบ <input type="checkbox"/> พบเอง <input type="checkbox"/> จากการส่งต่อ		ช่องทางที่พบ <input type="checkbox"/> พบเอง <input type="checkbox"/> จากการส่งต่อ		ช่องทางที่พบ <input type="checkbox"/> พบเอง <input type="checkbox"/> จากการส่งต่อ		ช่องทางที่พบ <input type="checkbox"/> พบเอง <input type="checkbox"/> จากการส่งต่อ	
ระบบส่งต่อ*		ระบบส่งต่อ*		ระบบส่งต่อ*		ระบบส่งต่อ*	
รับจาก <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ		รับจาก <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ		รับจาก <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ		รับจาก <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ ส่งต่อ <input type="checkbox"/> ภายใน <input type="checkbox"/> ภายนอก ระบุ	

- เสียงพฤติกรรม:**
- 1=สูบบุหรี่
 - 2=ดื่มแอลกอฮอล์
 - 3=ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง
 - 4=ใช้สารเสพติด
 - 5=ไม่มีการป้องกันอันตรายจากการทำงาน
 - 6=พฤติกรรมมารับประทานอาหาร
 - 7=ไม่ออกกำลังกาย
 - 8=เครียด
 - 9=BMI ขาด,เกิน
 - 10=การใช้ยา
 - 11=ปัญหาสุขภาพฟันและช่องปาก
 - 12=ไม่ตรวจสุขภาพ
 - 13=เส้นทางเพศ
 - 14=อื่น ๆ
- ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Care):**
1. ดูแลตัวเองได้ดี
 2. ดูแลตนเองได้บางส่วน
 3. ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ดูแล

เลขที่ HHC.....

F □□-□□□-□□□□□

P □□-□□□-□□□□□

ส่วนที่ 3 การบันทึกข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) (สำหรับโปรแกรม POFF3)

ลำดับที่ในครอบครัว.....				ครั้งที่ 1 วันที่.....			ครั้งที่ 2 วันที่.....																		
ชื่อ-สกุล.....				T.....°C	P.....ครั้ง/นาที	R.....ครั้ง/นาที	T.....°C	P.....ครั้ง/นาที	R.....ครั้ง/นาที																
โรคที่พบ (ควบคุมไม่ได้)*				น้ำหนัก.....กก.	ส่วนสูง.....ซม.	BMI.....kg./m ²	น้ำหนัก.....กก.	ส่วนสูง.....ซม.	BMI.....kg./m ²																
				รอบเอว.....ซม.	รอบสะโพก.....ซม.	DTX.....mg.%	รอบเอว.....ซม.	รอบสะโพก.....ซม.	DTX.....mg.%																
<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> เบาหวาน <input type="checkbox"/> หลอดเลือดหัวใจ <input type="checkbox"/> หลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง <input type="checkbox"/> หอบหืด <input type="checkbox"/> มารดาและทารกที่มีภาวะแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> ทารกที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน <input type="checkbox"/> โรคทางจิตเวช <input type="checkbox"/> โรคไตวายเรื้อรัง <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย <input type="checkbox"/>				วันที่ป่วย รักษาที่			วันที่ป่วย รักษาที่																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>โรคติดต่อเฝ้าระวังที่พบ*</th> <th>วันที่ป่วย</th> <th>วันที่หาย</th> <th>รักษาที่</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>				โรคติดต่อเฝ้าระวังที่พบ*	วันที่ป่วย	วันที่หาย	รักษาที่	1.	2.	3.	การประเมินกลุ่มโรคเรื้อรัง* □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 กิจกรรมการพยาบาล <input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI <input type="checkbox"/> วัดรอบเอว / รอบสะโพก <input type="checkbox"/> คัดกรองภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> คัดกรองทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ประเมินพัฒนาการเด็ก <input type="checkbox"/> เก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจ <input type="checkbox"/> เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) <input type="checkbox"/> ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เช็ดตา / หยอดตา <input type="checkbox"/> ดูแลรักษาอนามัยช่องปาก <input type="checkbox"/> เช็ดตัวลดไข้ <input type="checkbox"/> ทำแผล <input type="checkbox"/> ให้อาตามแผนการรักษา / การรักษาเบื้องต้น			การประเมินกลุ่มโรคเรื้อรัง* □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 กิจกรรมการพยาบาล <input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI <input type="checkbox"/> วัดรอบเอว / รอบสะโพก <input type="checkbox"/> คัดกรองภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> คัดกรองทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ประเมินพัฒนาการเด็ก <input type="checkbox"/> เก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจ <input type="checkbox"/> เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) <input type="checkbox"/> ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เช็ดตา / หยอดตา <input type="checkbox"/> ดูแลรักษาอนามัยช่องปาก <input type="checkbox"/> เช็ดตัวลดไข้ <input type="checkbox"/> ทำแผล <input type="checkbox"/> ให้อาตามแผนการรักษา / การรักษาเบื้องต้น		
โรคติดต่อเฝ้าระวังที่พบ*	วันที่ป่วย	วันที่หาย	รักษาที่																						
1.																						
2.																						
3.																						
กลุ่มโรคเรื้อรัง: 1 = กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ 2 = กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3 = กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย 4 = กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความพิการอย่างรุนแรง 5 = กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย 6 = กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ				ผลการพยาบาล* <input type="checkbox"/> คงเดิม □ ทูเลา □ หายจากโรค <input type="checkbox"/> ทరుกลง □ มีภาวะแทรกซ้อน ระบุ..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิตเมื่อวันที่			ผลการพยาบาล* <input type="checkbox"/> คงเดิม □ ทูเลา □ หายจากโรค <input type="checkbox"/> ทరుกลง □ มีภาวะแทรกซ้อน ระบุ..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิตเมื่อวันที่																		
ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Care): 1. ดูแลตัวเองได้ดี 2. ดูแลตนเองได้บางส่วน 3. ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ดูแล				ความสามารถในการดูแลตนเอง* ระดับ ○ 1 ○ 2 ○ 3			ความสามารถในการดูแลตนเอง* ระดับ ○ 1 ○ 2 ○ 3																		
ช่องทางที่พบ □ พบเอง □ จากการส่งต่อ				ช่องทางที่พบ □ พบเอง □ จากการส่งต่อ			ช่องทางที่พบ □ พบเอง □ จากการส่งต่อ																		
ระบบส่งต่อ* รับจาก □ ภายใน □ ภายนอก ระบุ ส่งต่อ □ ภายใน □ ภายนอก ระบุ				ระบบส่งต่อ* รับจาก □ ภายใน □ ภายนอก ระบุ ส่งต่อ □ ภายใน □ ภายนอก ระบุ			ระบบส่งต่อ* รับจาก □ ภายใน □ ภายนอก ระบุ ส่งต่อ □ ภายใน □ ภายนอก ระบุ																		

หมายเหตุ : * มีคำอธิบายเพิ่มเติมในคู่มือฉบับย่อ

ส่วนที่ 3 การบันทึกข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) (สำหรับโปรแกรม POFF3) (แผ่นต่อ)

ครั้งที่ 3 วันที่.....			ครั้งที่ 4 วันที่.....			ครั้งที่ 5 วันที่.....		
T.....°C	P.....ครั้ง/นาที่	R.....ครั้ง/นาที่	T.....°C	P.....ครั้ง/นาที่	R.....ครั้ง/นาที่	T.....°C	P.....ครั้ง/นาที่	R.....ครั้ง/นาที่
น้ำหนัก.....กก.	ส่วนสูง.....ซม.	BMI.....kg./m ²	น้ำหนัก.....กก.	ส่วนสูง.....ซม.	BMI.....kg./m ²	น้ำหนัก.....กก.	ส่วนสูง.....ซม.	BMI.....kg./m ²
รอบเอว.....ซม.	รอบสะโพก.....ซม.	DTX.....mg.%	รอบเอว.....ซม.	รอบสะโพก.....ซม.	DTX.....mg.%	รอบเอว.....ซม.	รอบสะโพก.....ซม.	DTX.....mg.%
อื่นๆ.....			อื่นๆ.....			อื่นๆ.....		
การประเมินกลุ่มโรคเรื้อรัง* □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6			การประเมินกลุ่มโรคเรื้อรัง* □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6			การประเมินกลุ่มโรคเรื้อรัง* □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6		
กิจกรรมการพยาบาล			กิจกรรมการพยาบาล			กิจกรรมการพยาบาล		
<input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI <input type="checkbox"/> วัดรอบเอว / รอบสะโพก <input type="checkbox"/> คัดกรองภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> คัดกรองทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ประเมินพัฒนาการเด็ก <input type="checkbox"/> เก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจ <input type="checkbox"/> เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) <input type="checkbox"/> ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เช็ดตา / หยอดตา <input type="checkbox"/> ดูแลรักษาอนามัยช่องปาก <input type="checkbox"/> เช็ดตัวลดไข้ <input type="checkbox"/> ทำแผล <input type="checkbox"/> ให้ยาตามแผนการรักษา / การรักษาเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ให้ภูมิคุ้มกันโรค □ ฉีดยา <input type="checkbox"/> ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม <input type="checkbox"/> สอนสาธิต การสร้างเสริมสุขภาพ <input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำความรู้ทางด้านสุขภาพ <input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษา <input type="checkbox"/> ติดตามไปรับบริการ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมสมรรถภาพ <input type="checkbox"/> กายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบุ <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ	<input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI <input type="checkbox"/> วัดรอบเอว / รอบสะโพก <input type="checkbox"/> คัดกรองภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> คัดกรองทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ประเมินพัฒนาการเด็ก <input type="checkbox"/> เก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจ <input type="checkbox"/> เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) <input type="checkbox"/> ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เช็ดตา / หยอดตา <input type="checkbox"/> ดูแลรักษาอนามัยช่องปาก <input type="checkbox"/> เช็ดตัวลดไข้ <input type="checkbox"/> ทำแผล <input type="checkbox"/> ให้ยาตามแผนการรักษา / การรักษาเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ให้ภูมิคุ้มกันโรค □ ฉีดยา <input type="checkbox"/> ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม <input type="checkbox"/> สอนสาธิต การสร้างเสริมสุขภาพ <input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำความรู้ทางด้านสุขภาพ <input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษา <input type="checkbox"/> ติดตามไปรับบริการ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมสมรรถภาพ <input type="checkbox"/> กายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบุ <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ	<input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI <input type="checkbox"/> วัดรอบเอว / รอบสะโพก <input type="checkbox"/> คัดกรองภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> คัดกรองทางจิตเวช <input type="checkbox"/> ประเมินพัฒนาการเด็ก <input type="checkbox"/> เก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจ <input type="checkbox"/> เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) <input type="checkbox"/> ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เช็ดตา / หยอดตา <input type="checkbox"/> ดูแลรักษาอนามัยช่องปาก <input type="checkbox"/> เช็ดตัวลดไข้ <input type="checkbox"/> ทำแผล <input type="checkbox"/> ให้ยาตามแผนการรักษา / การรักษาเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ให้ภูมิคุ้มกันโรค □ ฉีดยา <input type="checkbox"/> ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม <input type="checkbox"/> สอนสาธิต การสร้างเสริมสุขภาพ <input type="checkbox"/> ให้คำแนะนำความรู้ทางด้านสุขภาพ <input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษา <input type="checkbox"/> ติดตามไปรับบริการ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมสมรรถภาพ <input type="checkbox"/> กายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบุ <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ			
ผลการพยาบาล*			ผลการพยาบาล*			ผลการพยาบาล*		
<input type="checkbox"/> คงเดิม □ ทุเลา □ หายจากโรค <input type="checkbox"/> ทรุดลง □ มีภาวะแทรกซ้อน ระบุ..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิตเมื่อวันที่			<input type="checkbox"/> คงเดิม □ ทุเลา □ หายจากโรค <input type="checkbox"/> ทรุดลง □ มีภาวะแทรกซ้อน ระบุ..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิตเมื่อวันที่			<input type="checkbox"/> คงเดิม □ ทุเลา □ หายจากโรค <input type="checkbox"/> ทรุดลง □ มีภาวะแทรกซ้อน ระบุ..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิตเมื่อวันที่		
ความสามารถในการดูแลตนเอง* ระดับ ○ 1 ○ 2 ○ 3			ความสามารถในการดูแลตนเอง* ระดับ ○ 1 ○ 2 ○ 3			ความสามารถในการดูแลตนเอง* ระดับ ○ 1 ○ 2 ○ 3		
ช่องทางที่พบ	□ พบเอง □ จากการส่งต่อ		ช่องทางที่พบ	□ พบเอง □ จากการส่งต่อ		ช่องทางที่พบ	□ พบเอง □ จากการส่งต่อ	
ระบบส่งต่อ*	รับจาก □ ภายใน □ ภายนอก ระบุ		ระบบส่งต่อ*	รับจาก □ ภายใน □ ภายนอก ระบุ		ระบบส่งต่อ*	รับจาก □ ภายใน □ ภายนอก ระบุ	
	ส่งต่อ □ ภายใน □ ภายนอก ระบุ			ส่งต่อ □ ภายใน □ ภายนอก ระบุ			ส่งต่อ □ ภายใน □ ภายนอก ระบุ	

ส่วนที่ 1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพครอบครัว (Health Survey: Scan)

F □□-□□□-□□□□□

ตอนที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน (สอบถามสุขภาพของผู้อาศัยในทุกราย) (แผ่นต่อ)

P □□-□□□-□□□□□

6 ★ คำนำหน้าชื่อ-สกุล		★ วดป.เกิด.....		สถานะปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ชัยย เมื่อวันที่..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิต เมื่อวันที่.....
เลขประจำตัวประชาชน		อายุ ณ วันที่พบ.....		ตรวจสุขภาพ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย*.....
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา		แพ้ย่า <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการแพ้ย่า <input type="checkbox"/> แพ้ย่า ชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายชื่อในทะเบียนบ้าน* <input type="checkbox"/> อยู่จริง <input type="checkbox"/> กทม. <input type="checkbox"/> ต่างจังหวัด <input type="checkbox"/> ต่างด้าว <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		สถานะในครอบครัว <input type="checkbox"/> หน.ครอบครัว <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		ภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="radio"/> เสี่ยงพฤติกรรม*.....
สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยก <input type="checkbox"/> สมณะ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		ระดับการศึกษา*..... อาชีพ.....		<input type="radio"/> เสี่ยงโรคทางพันธุกรรม.....
สิทธิการรักษา*.....		บัตรทอง <input type="checkbox"/> ในเขต <input type="checkbox"/> นอกเขต		<input type="checkbox"/> ป่วย ระบุ.....
				ประเภทการเชื่อมบ้าน <input type="checkbox"/> HV [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 2 HV]
				<input type="checkbox"/> HHC [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 3 HHC]

P □□-□□□-□□□□□

7 ★ คำนำหน้าชื่อ-สกุล		★ วดป.เกิด.....		สถานะปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ชัยย เมื่อวันที่..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิต เมื่อวันที่.....
เลขประจำตัวประชาชน		อายุ ณ วันที่พบ.....		ตรวจสุขภาพ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย*.....
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา		แพ้ย่า <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการแพ้ย่า <input type="checkbox"/> แพ้ย่า ชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายชื่อในทะเบียนบ้าน* <input type="checkbox"/> อยู่จริง <input type="checkbox"/> กทม. <input type="checkbox"/> ต่างจังหวัด <input type="checkbox"/> ต่างด้าว <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		สถานะในครอบครัว <input type="checkbox"/> หน.ครอบครัว <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		ภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="radio"/> เสี่ยงพฤติกรรม*.....
สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยก <input type="checkbox"/> สมณะ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		ระดับการศึกษา*..... อาชีพ.....		<input type="radio"/> เสี่ยงโรคทางพันธุกรรม.....
สิทธิการรักษา*.....		บัตรทอง <input type="checkbox"/> ในเขต <input type="checkbox"/> นอกเขต		<input type="checkbox"/> ป่วย ระบุ.....
				ประเภทการเชื่อมบ้าน <input type="checkbox"/> HV [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 2 HV]
				<input type="checkbox"/> HHC [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 3 HHC]

P □□-□□□-□□□□□

8 ★ คำนำหน้าชื่อ-สกุล		★ วดป.เกิด.....		สถานะปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ชัยย เมื่อวันที่..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิต เมื่อวันที่.....
เลขประจำตัวประชาชน		อายุ ณ วันที่พบ.....		ตรวจสุขภาพ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย*.....
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา		แพ้ย่า <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการแพ้ย่า <input type="checkbox"/> แพ้ย่า ชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายชื่อในทะเบียนบ้าน* <input type="checkbox"/> อยู่จริง <input type="checkbox"/> กทม. <input type="checkbox"/> ต่างจังหวัด <input type="checkbox"/> ต่างด้าว <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		สถานะในครอบครัว <input type="checkbox"/> หน.ครอบครัว <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		ภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="radio"/> เสี่ยงพฤติกรรม*.....
สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยก <input type="checkbox"/> สมณะ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		ระดับการศึกษา*..... อาชีพ.....		<input type="radio"/> เสี่ยงโรคทางพันธุกรรม.....
สิทธิการรักษา*.....		บัตรทอง <input type="checkbox"/> ในเขต <input type="checkbox"/> นอกเขต		<input type="checkbox"/> ป่วย ระบุ.....
				ประเภทการเชื่อมบ้าน <input type="checkbox"/> HV [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 2 HV]
				<input type="checkbox"/> HHC [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 3 HHC]

ส่วนที่ 1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพครอบครัว (Health Survey: Scan)

P □□-□□□-□□□□□

9	★ คำนำหน้าชื่อ-สกุล		★ ว.ด.ป.เกิด.....	สถานะปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ย้าย เมื่อวันที่..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิต เมื่อวันที่.....
	เลขประจำตัวประชาชน		อายุ ณ วันที่พบ.....	ตรวจสุขภาพ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย*.....
	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา		แพทย์ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการแพทย์ <input type="checkbox"/> แพ้ ชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
	รายชื่อในทะเบียนบ้าน*	<input type="checkbox"/> อยู่จริง <input type="checkbox"/> กทม. <input type="checkbox"/> ต่างจังหวัด <input type="checkbox"/> ต่างด้าว <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		ภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="radio"/> เสี่ยงพฤติกรรม*.....
	สถานะในครอบครัว	<input type="checkbox"/> หน.ครอบครัว <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		<input type="radio"/> เสี่ยงโรคทางพันธุกรรม.....
	สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยก <input type="checkbox"/> สมณะ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		<input type="checkbox"/> ป่วย ระบุ.....
	ระดับการศึกษา*	อาชีพ.....		ประเภทการเชื่อมบ้าน <input type="checkbox"/> HV [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 2 HV]
	สิทธิการรักษา*	บัตรทอง <input type="checkbox"/> ในเขต <input type="checkbox"/> นอกเขต		<input type="checkbox"/> HHC [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 3 HHC]

P □□-□□□-□□□□□

10	★ คำนำหน้าชื่อ-สกุล		★ ว.ด.ป.เกิด.....	สถานะปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ย้าย เมื่อวันที่..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิต เมื่อวันที่.....
	เลขประจำตัวประชาชน		อายุ ณ วันที่พบ.....	ตรวจสุขภาพ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย*.....
	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา		แพทย์ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการแพทย์ <input type="checkbox"/> แพ้ ชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
	รายชื่อในทะเบียนบ้าน*	<input type="checkbox"/> อยู่จริง <input type="checkbox"/> กทม. <input type="checkbox"/> ต่างจังหวัด <input type="checkbox"/> ต่างด้าว <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		ภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="radio"/> เสี่ยงพฤติกรรม*.....
	สถานะในครอบครัว	<input type="checkbox"/> หน.ครอบครัว <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		<input type="radio"/> เสี่ยงโรคทางพันธุกรรม.....
	สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยก <input type="checkbox"/> สมณะ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		<input type="checkbox"/> ป่วย ระบุ.....
	ระดับการศึกษา*	อาชีพ.....		ประเภทการเชื่อมบ้าน <input type="checkbox"/> HV [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 2 HV]
	สิทธิการรักษา*	บัตรทอง <input type="checkbox"/> ในเขต <input type="checkbox"/> นอกเขต		<input type="checkbox"/> HHC [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 3 HHC]

P □□-□□□-□□□□□

11	★ คำนำหน้าชื่อ-สกุล		★ ว.ด.ป.เกิด.....	สถานะปัจจุบัน <input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> ย้าย เมื่อวันที่..... <input type="checkbox"/> เสียชีวิต เมื่อวันที่.....
	เลขประจำตัวประชาชน		อายุ ณ วันที่พบ.....	ตรวจสุขภาพ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย*.....
	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา		แพทย์ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการแพทย์ <input type="checkbox"/> แพ้ ชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
	รายชื่อในทะเบียนบ้าน*	<input type="checkbox"/> อยู่จริง <input type="checkbox"/> กทม. <input type="checkbox"/> ต่างจังหวัด <input type="checkbox"/> ต่างด้าว <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		ภาวะสุขภาพ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสี่ยง <input type="radio"/> เสี่ยงพฤติกรรม*.....
	สถานะในครอบครัว	<input type="checkbox"/> หน.ครอบครัว <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		<input type="radio"/> เสี่ยงโรคทางพันธุกรรม.....
	สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยก <input type="checkbox"/> สมณะ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		<input type="checkbox"/> ป่วย ระบุ.....
	ระดับการศึกษา*	อาชีพ.....		ประเภทการเชื่อมบ้าน <input type="checkbox"/> HV [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 2 HV]
	สิทธิการรักษา*	บัตรทอง <input type="checkbox"/> ในเขต <input type="checkbox"/> นอกเขต		<input type="checkbox"/> HHC [ลงรายละเอียดต่อในส่วนที่ 3 HHC]