

แบบบันทึกการตรวจสุขภาพโรงพยาบาลพัทลุง

ID

หน่วยงาน.....วันที่ตรวจ...../...../.....HN.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว เกิดวันที่...../...../..... อายุ..... ปี

เฉพาะกรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล กรุณาระบุ ชื่อ-สกุลเดิม

เลขที่บัตรประชาชน - - - - เบอร์โทรติดต่อ

สถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า/แยกกันอยู่ คู่

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่/ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

2. ประวัติโรคทางพันธุกรรม (พ่อ แม่ พี่ น้อง สายเลือดเดียวกัน)

ไม่มี มี เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันสูง ธาลัสซีเมีย มะเร็ง ระบุ.....

3. ภาวะการเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา

1. อาการปัจจุบัน ไม่มี มี มีไข้ กำลังตั้งครรภ์ กำลังมีประจำเดือน อื่น ๆ

2. โรคประจำตัว ไม่มี มี เบาหวาน รักษาโดย 1) ใ้ยยา 2) ควบคุมอาหาร

ความดันโลหิตสูง รักษาโดย 1) ใ้ยยา 2) ควบคุมอาหาร

ไชมันสูง รักษาโดย 1) ใ้ยยา 2) ควบคุมอาหาร

ภูมิแพ้ ธาลัสซีเมีย พานะธาลัสซีเมีย มะเร็ง ระบุ..... อื่น ๆ ระบุ.....

3. อุบัติเหตุ/เจ็บป่วยจากการทำงาน ไม่มี มี ระบุ.....

4. พฤติกรรมสุขภาพในรอบปี

1. ดื่มน้ำ 1. ไม่ดื่ม 2. เคยดื่มแต่เลิกแล้ว 3. ดื่มประมาณ.....(ขวดกลม) ใน 1 สัปดาห์ นาน.....ปี

2. สูบบุหรี่ 1. ไม่สูบ 2. เคยสูบแต่เลิกแล้ว 3. สูบปริมาณ.....มวนต่อวัน นาน.....ปี

3. ออกกำลังกาย 1. น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์และน้อยกว่า 30 นาที/ครั้ง 2. มากกว่า

4. รสชาติอาหารที่ชอบรับประทานอยู่เป็นประจำ หวาน เค็ม มัน ไม่ชอบรสใดเป็นพิเศษ

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

5. การตรวจร่างกาย 1. น้ำหนักตัว กก. ส่วนสูง..... ซม. BMI รอบเอว ซม. รอบสะโพก ซม.

2. ความดันโลหิต...../..... มม/ปรอท 3. ชีพจร..... ครั้ง/นาที

6. อื่น ๆ 1. สมุดบันทึกสุขภาพ มี ไม่มี หายแล้ว เหมามาวันนัดตรวจ/ฝากมาภายหลัง

2. กำหนดวันนัดเอ็กซเรย์/ พบแพทย์ ที่ รพ.พัทลุง

3. มะเร็งปากมดลูก (เฉพาะผู้หญิง) ตรวจ ไม่ตรวจ นัดตรวจ ระบุ

4. อื่น ๆ สิ่งไม่ตรวจ นัดเจาะเลือด

7. กรณี Case Walk in 1. ชนิดการตรวจสุขภาพ ตรวจประจำปี ก่อนเข้างาน ระหว่างงาน

เข้าศึกษาต่อ อื่น ๆ

2. ค่าตรวจประมาณ บาท สิทธิการรักษา เบิกได้ ประกันสังคม UC