

11. ท่านขับซี้หรือโดยสารรถจักรยานยนต์/รถยนต์

ไม่ขับซี้/ไม่โดยสาร

ขับซี้/โดยสารและสวมหมวกกันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง

ขับซี้/โดยสารและใส่หมวกกันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัยบางครั้ง

ขับซี้/โดยสารและใส่หมวกกันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัยนานๆครั้ง

12. การตรวจมะเร็งปากมดลูก (เฉพาะหญิง) ตรวจครั้งสุดท้ายปี..... ผล ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

การตรวจร่างกาย

1. น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ดัชนีมวลกาย.....kg/m²

2. BPครั้งที่1...../.....mmHg. BPครั้งที่2...../.....mmHg. BPค่าเฉลี่ย...../.....mmHg. ชีพจร.....ครั้ง/นาที

3. รอบเอว.....ซม. สะโพก.....ซม

4 FBS..... หรือ BS..... mg% ซีด ไม่ซีด ตรวจร่างกาย

ทั่วไป.....

สรุป(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

ไม่พบความเสี่ยง

มีความเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรค สูบบุหรี่/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายน้อยกว่าส/ป ละ 3 ครั้ง

รอบหวานมัน/เค็ม มาก อุบัติเหตุจราจร ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ

BMI>23 หรือเอวเกิน อื่น.....

ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง(ระบุ) เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด อื่น.....

คำแนะนำ งดสูบบุหรี่/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายมากกว่า สัปดาห์ละ 3วัน/30นาที

ลดอาหารที่มีไขมัน ลดอาหารที่มีรสเค็มจัด ลดอาหารแป้งและน้ำตาล ลดอาหาร/ควบคุมอาหาร

ขับซี้/โดยสาร ใส่หมวกกันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง อื่นๆ.....

แนะนำให้ตรวจเพิ่มเติม วัดBP เจาะFBS อื่น.....

ส่งตัวไปรักษาเพิ่มเติมที่ สอ ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.พัทลุง อื่น.....

ลงชื่อ.....

แบบบันทึกการตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลพัทลุง

หน่วยงาน.....วันที่.....HN.....เลขประชาชน.....
 ชื่อ - นามสกุล.....วันเดือนปีเกิด.....ตำแหน่ง.....สถานภาพสมรส.....อาชีพ.....
 ที่อยู่.....

1. บิดาหรือมารดาของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค

- เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ ไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย
เส้นเลือดสมอง ถุงลมโป่งพอง ไม่ทราบ อื่นๆ เช่น ตัดขา ตาบอด ไม่มี

2. พี่น้อง(สายตรง)ของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค

- เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ ไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย
เส้นเลือดสมอง ถุงลมโป่งพอง ไม่ทราบ อื่นๆ เช่น ตัดขา ตาบอด ไม่มี

3. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วย หรือพบแพทย์ด้วยโรคหรืออาการ (ในรอบปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ ข้อ 3 -12)

- 3.1 โรคเบาหวาน มี ไม่มี ไม่ตรวจ 3.2 โรคความดันโลหิต มี ไม่มี ไม่ตรวจ
 3.3 โรคตับ มี ไม่มี ไม่ตรวจ 3.4 โรคอัมพาต มี ไม่มี ไม่ตรวจ
 3.5 โรคหัวใจ มี ไม่มี ไม่ตรวจ 3.6 ไขมันในเลือดผิดปกติ มี ไม่มี ไม่ตรวจ
 3.7 ผลที่เท้าจากเบาหวาน มี ไม่มี 3.8 คลอคุบุตรน้ำหนักเกิน 4 กก มี ไม่มี
 3.9 ตึมน้ำบ่อยและมาก มี ไม่มี 3.10 บัสสาวะกลางคืน3ครั้งขึ้นไป มี ไม่มี
 3.11 กินจุแต่ผอมลง มี ไม่มี 3.12 น้ำหนักลด/อ่อนเพลีย มี ไม่มี
 3.13 เป็นแผลริมฝีปากบ่อยและหายยาก มี ไม่มี 3.14 คันตามผิวหนัง มี ไม่มี
 3.15 ตาพร่ามัวเปลี่ยนแปลงน้อย มี ไม่มี 3.16 ขาปลายมือเท้าไม่ทราบสาเหตุ มี ไม่มี

4. กรณีที่ท่านมีประวัติเจ็บป่วยตามข้อ 3 ท่านปฏิบัติตนอย่างไร

- รับประทานยาอยู่และปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ รับประทานยาแต่ไม่สม่ำเสมอ เคยรักษาตอนนี้ไม่รักษา

5. อุบัติเหตุเจ็บป่วยจากการทำงาน ไม่มี มี ระบุ.....

6. ท่านมีความรู้เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองหรือไม่ (เฉพาะผู้หญิง) รู้ ไม่รู้

ผลการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (เฉพาะผู้หญิง)

- ไม่เคยตรวจ ตรวจนานๆครั้งผลปกติ ตรวจนานๆครั้งผลผิดปกติ
 ตรวจทุกเดือนผลปกติ ตรวจทุกเดือนผลผิดปกติ

ในกรณีผลผิดปกติ(ระบุ).....

7. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

1. ไม่สูบ 2. เคยสูบแต่เลิกแล้ว 3. สูบปริมาณ.....มวนต่อวัน นาน.....ปี 4. นานๆครั้ง

8. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

1. ไม่ดื่ม 2. เคยดื่มแต่เลิกแล้ว 3. ดื่มประมาณ.(ขวดกลม)ใน 2 สัปดาห์ นาน...ปี 4. นานๆครั้ง

9. ท่านออกกำลังกาย/เล่นกีฬา

- ไม่ออกกำลังกายเลย ออกกำลังกายน้อยกว่าน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 30 นาที
 ออกกำลังกายทุกวันครั้งละ 30 นาที ออกกำลังกายสัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้งๆละ 30 นาที สม่ำเสมอ

10. ท่านชอบอาหารรสใด(เลือกได้มากกว่า 1 รายการ)

- หวาน เค็ม มัน ทั้งหมด