ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....DX .....

แบบบันทึกทางการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ครั้งที่/ วันที่เยี่ยม	เป้าหมาย	สภาพที่พบผู้ป่วย สัญญาณชีพ/ตรวจร่างกาย/2Q	ปัญหาที่พบปัจจุบัน/ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	รายละเอียดการเยี่ยม การดูแล/รักษา/แนะนำ/ ช่วยเหลือ	การประเมินผล/แผนการรักษา ครั้งต่อไป/แผนการจำหน่าย/ผู้ เยี่ยม	นัดเยี่ยม ครั้งต่อไป

ปรับปรุงครั้งที่ 3

7/7/57