

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน(Home visit report) ผู้พิการ

วันที่เยี่ยม.....พื้นที่รับผิดชอบ รพสต./ศสม.....  
เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยม .....

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....จังหวัด.....

2. ประเภทความพิการ

- พิการทางด้านมมองเห็น(01)  พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย(02)  
 พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว(03)  พิการทางด้านจิตและพฤติกรรม (04)  
 พิการทางด้านสติปัญญา(05)  พิการด้านการเรียนรู้(06)  
 พิการออทิสติก(07) พิการด้านพฤติกรรมหรืออารมณ์ (08)  
พิการซ้ำซ้อน(09)

เลขที่บัตรประชาชน ----

เลขที่บัตรประจำตัวผู้พิการ..... วันออกบัตร...../...../.....วันหมดอายุ  
...../...../.....

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร อุณหภูมิ.....องศา

ซีพจร.....ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mmHg

คะแนนประเมิน ADL .....

ประเมินครั้งแรก

.....  
.....  
.....

ประวัติการเจ็บป่วย.....

.....  
.....

3.การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ

เบี้ยยังชีพได้รับ ไม่ได้รับ จำนวน.....บาท / เดือน / ปี จากหน่วยงาน.....

อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

1. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น

2. ....จาก.....จำนวน.....ชิ้น

4. ประเมินสภาพ/ประเมินปัญหา/สาเหตุการเยี่ยมบ้าน (Problem list)/การดูแลรักษาฟื้นฟู

ปัญหา(Problem list)	การดูแล/รักษาและการฟื้นฟู (Care cure and Rehabilitation)
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

5. ข้อมูลที่อยู่อาศัย

ลักษณะ บ้าน  ชั้นเดียว  สองชั้น ผู้พิการพักชั้น.....

ลักษณะ ห้องน้ำ ราวจับ  มี  ไม่มี  ชักโครก  ส้วมซึม  ฝ้าย่อม  อื่นๆ.....

แผนการเยี่ยมครั้งต่อไป

.....

เหตุผลเพื่อ.....

นักกายภาพมาฟื้นฟู  ประเมินความพิการเพื่อออกเอกสารรับรองความพิการ  อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....(ทีม/ผู้เยี่ยมบ้าน)

(.....)