

แบบเยี่ยมบ้านกลุ่มเด็กวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี)

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ- นามสกุล.....อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน.....
ที่อยู่..... หมายเลขโทรศัพท์.....
สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า
ประเมินผู้พิการ มีบัตร ระบุเลขบัตร..... ไม่มีบัตร
จำนวนบุตร.....
ชนิดการคุมกำเนิด.....
อาชีพ.....ปัญหาที่ เกิดจากการทำงาน.....
น้ำหนัก..... ส่วนสูง..... รอบเอว..... BMIBP.....DTX.....
ประวัติโรคในครอบครัว (เบาหวาน /ความดันโลหิตสูง/ มะเร็ง).....

ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

1. การออกกำลังกาย ไม่ออก ออกกำลังกาย สัปดาห์ละครั้ง
2. ชนิดของการออกกำลังกาย
 เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน เล่นฟุตบอล แอโรบิค ไทเก๊ก โยคะ
 อื่นๆ ระบุ.....

ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและยา

1. ชอบรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม รสจัด อื่นๆระบุ.....
2. การใช้ยาสมุนไพร/ยาแก้ปวด/อาหารเสริม ระบุ.....

ข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์โดยการคัดกรองโรคซึมเศร้า

2Q ใช่ ไม่ใช่
9Q คะแนน.....

ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ วันละกี่มวน.....ต่อวัน
ระบุชนิด ใบจาก บุหรี่ อื่นๆ.....

ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุรา

การดื่มสุรา ไม่ดื่ม ดื่ม ระบุชนิด
จำนวนการดื่ม..... ครั้งต่อวัน/สัปดาห์/เดือน ดื่ม.....ปี

การคัดกรอง CVD risk

คัดกรองแล้ว ไม่ได้คัดกรอง

ข้อมูลเกี่ยวกับโรค

1. มีโรคประจำตัวหรือไม่ มี ไม่มี
2. มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไต ระบุระยะ.....
 มะเร็ง ระบุชนิด..... อื่นๆ ระบุ.....

กรณีเป็นโรคเบาหวานมีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

- ตา ผล..... ไม่ได้คัดกรอง
 ไต ผล..... ไม่ได้คัดกรอง
 เท้า ผล..... ไม่ได้คัดกรอง
 CVD risk ผล..... ไม่ได้คัดกรอง

กรณีเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

- ไต ผล..... ไม่ได้คัดกรอง

CVD risk ผล..... ไม่ได้คัดกรอง

3. คุณทราบอาการนำของโรคหัวใจหรือไม่

ทราบ ไม่ทราบ

4. คุณทราบอาการนำของโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

ทราบ ไม่ทราบ

5. เมื่อคุณมีอาการของโรคหัวใจ/หลอดเลือดสมอง ควรไปโรงพยาบาลภายในเวลา.....

6. เมื่อคุณมีอาการนำของโรคหัวใจ/หลอดเลือดสมอง โทรศัพทแจ้งเตือนขอความช่วยเหลือ หมายเลข.....

7. สถานที่ให้บริการรักษาโรค.....

8. ระยะเวลาของการรักษาโรค.....

9. การรักษาโรค ต่อเนื่อง ไม่ต่อเนื่อง สาเหตุเพราะ.....

10.อาการปัจจุบัน/ปัญหาที่พบ.....

11.ญาติสายตรงมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง ระบุ.....

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งในสตรี

1. รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งสุดท้าย ๑-๓ ปี ๓-๕ ปี >๕ ปี

2. รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขครั้งสุดท้าย

๑-๓ เดือน

๔-๖ เดือน

>๖ เดือน

3. มีความรู้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง มีความรู้ ไม่มีความรู้

4. ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องต่อเนื่อง ทุกเดือน ไม่ทุกเดือน ระบุ.....

5. ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องครั้งสุดท้าย เดือนนี้ เดือนที่แล้ว > ๒ เดือน

ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุ

1. ในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา มีคนในครอบครัวเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลหรือไม่ ไม่มี มี ระบุ.....

2. ท่านและคนในครอบครัวใช้หมวกกันน็อกทุกครั้งเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์หรือไม่

ใช้ ไม่ใช่ เหตุผล

3. ท่านและคนในครอบครัวใช้คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งเมื่อขับขี่รถยนต์หรือไม่

ใช้ ไม่ใช่ เหตุผล

4. ท่านทราบหรือไม่ว่ามีบริการสายด่วนแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ โทร.1669

ทราบ ไม่ทราบ

สรุปปัญหาและคำแนะนำคือ

.....
.....

การส่งต่อ ไม่มีการส่งต่อ ไม่มี

มี

ส่งต่อ รพ.สต..... ส่งต่อ รพ.....

สุขภาพช่องปาก

ฟันผุ

ฟันไม่ผุ

มีเหงือกอักเสบ

มีหินน้ำลาย

แผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ-สกุล ผู้เยี่ยม

ชื่อ-สกุล ผู้รับการเยี่ยม

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

รพ.สต./ PCU/รพ.....

วันที่.....เดือน.....พศ.....