



HN :

# ใบตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพากท่า

ชื่อ :

หมู่เลือด

อายุ :

สิทธิการรักษา :

เลขที่สิทธิ :

เลขบัตรประชาชน :

ที่อยู่ :

Tel. :

ประวัติแพ้ยา :

โรคประจำตัว :

## ข้อมูลซักประวัติทั่วไป

ความแรงตัวน ปกติ		สภาพผู้ป่วย เติมนมา		Pain Score Pre.		Post.
T.	C O2Sat %					
รอบเอว	cm. นน.	kg สูง	cm	BMI	FBS	mg/dl
DTX1	DTX2	PEFR	PEFR	%		

## การวินิจฉัย

ICD10:

## อาการสำคัญ/ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน/ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

CC :

HPI :

PMH :

ประจำเดือน (ณ. 11-60 ปี)

การติ่มสุรา

การสูบบุหรี่

ประวัติ Vaccination (0-14 ปี)

พัฒนาการ (0-14 ปี)

FH เด็ก 0-14 ปี

การแพ้ยา

## การตรวจร่างกาย ปกติ ไม่ปกติ

GA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
HEENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
PV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
PR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Neuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
PE			.....

วันที่รับบริการ

แพทย์ผู้ตรวจ