

แพทย์ที่ส่งปรึกษา

วัน.....เวลา.....

แผนกกายภาพบำบัด

โรงพยาบาลฟากท่า จ.อุตรดิตถ์

HN.....PTN.....

AN.....เตียง.....

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี สตรี.....

ที่อยู่.....เลขบัตร..... เบอร์โทรศัพท์.....

อาชีพ.....โรคประจำตัว.....ข้อควรระวัง.....

วันที่ปรึกษา..... น้ำหนัก.....Kg. ส่วนสูง.....cm. รอบเอว.....cm.

B.P. ....mmHg P.....ครั้ง/นาที Temp.....°c RR.....ครั้ง/นาที

การวินิจฉัย..... รหัส.....

การวินิจฉัย..... รหัส.....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

.....

.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

.....

## Discharge Plan

- ☐ อาการปวดลดลง
  - ☐ Pain score  $\leq 2$
  - ☐ ผู้ป่วยพึงพอใจ/อาการปวดลดลงตามพยาธิสภาพ
- ☐ บรรลุเป้าหมายการฟื้นฟู
  - ☐ Home program
  - ☐ Transfer
  - ☐ Ambulation
- ☐ To Functional ROM
- ☐ ส่งต่อ.....
- ☐ ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น
- ☐ เกินขีดความสามารถในการให้บริการ
- ☐ ส่งต่อทีมเยี่ยมบ้าน
- ☐ ผู้ป่วยถึงแก่กรรม
- ☐ อื่นๆ.....

แบบบันทึกผู้ป่วยระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ  
โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุดรธานี

Physical Examination (...../...../.....)

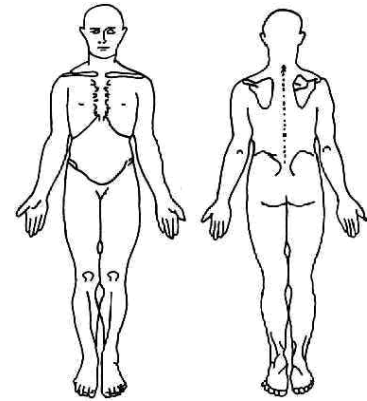
VAS (...../10)..... (...../10).....

Aggravation.....Ease.....

Intensity ☐ constant ☐ intermittent .....

Observation/palpation/special test/ X-Ray/MRI

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



Range of motion

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Problem

- ☐ Pain
- ☐ Limited ROM
- ☐ ไม่สามารถรักษาท่อนึงได้
- ☐ อื่นๆ .....

Goal

- ☐ Decrease Pain
- ☐ Increase ROM
- ☐ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้
- ☐ อื่นๆ .....

A: .....

Treatment

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

Post.....

☐ D/C ☐ ส่งต่อ..... ☐ นัด..... นักกายภาพบำบัด.....

| Progression Note                                                                                         |      | Progression Note                                                                                         |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Date                                                                                                     | Time | Date                                                                                                     | Time |
| B.P. =                      mmHg    P =                      ครั้ง/นาที                                  |      | B.P. =                      mmHg    P =                      ครั้ง/นาที                                  |      |
| RR =                      ครั้ง/นาที    Temp =                      °C                                   |      | RR =                      ครั้ง/นาที    Temp =                      °C                                   |      |
| S:.....                                                                                                  |      | S:.....                                                                                                  |      |
| .....                                                                                                    |      | .....                                                                                                    |      |
| O: .....                                                                                                 |      | O: .....                                                                                                 |      |
| .....                                                                                                    |      | .....                                                                                                    |      |
| .....                                                                                                    |      | .....                                                                                                    |      |
| A: .....                                                                                                 |      | A: .....                                                                                                 |      |
| .....                                                                                                    |      | .....                                                                                                    |      |
| P:.....                                                                                                  |      | P:.....                                                                                                  |      |
| .....                                                                                                    |      | .....                                                                                                    |      |
| .....                                                                                                    |      | .....                                                                                                    |      |
| .....                                                                                                    |      | .....                                                                                                    |      |
| .....                                                                                                    |      | .....                                                                                                    |      |
| Post : .....                                                                                             |      | Post : .....                                                                                             |      |
| <input type="checkbox"/> D/C..... <input type="checkbox"/> ส่งต่อ..... <input type="checkbox"/> นัด..... |      | <input type="checkbox"/> D/C..... <input type="checkbox"/> ส่งต่อ..... <input type="checkbox"/> นัด..... |      |
| นักรายภาพบำบัด.....                                                                                      |      | นักรายภาพบำบัด.....                                                                                      |      |

