

ตอนที่ 1: เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

อุบัติเหตุ เจ็บป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย _____ เกิดวันที่ ____ / ____ / ____ เพศ ชาย หญิง
 โรงพยาบาล _____ บัตรประจำตัวผู้ป่วยเลขที่ _____ HN _____ AN _____
 บัตรประจำตัวเลขที่ _____ ประชาชน ผู้ขับขี่ ข้าราชการ อื่น ๆ _____
 บริษัทประกันภัยอื่น ๆ ที่ใช้อยู่ (ถ้ามี) _____ กรมธรรม์เลขที่ _____
 การเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน เคยรักษาที่ _____
 เมื่อวันที่ ____ / ____ / ____ เวลา _____ น. โดยชำระเงินเอง โดยใช้สิทธิไปแล้วจำนวน _____ ครั้ง
 เป็นจำนวนเงินรวมทั้งสิ้น _____ บาท (_____)
 น้ำหนัก _____ กก. BP _____ mm. Hg R _____ ครั้ง/นาที GCS(EMV) _____
 สวมสูง _____ ซม. PR _____ ครั้ง/นาที T _____ °C Pupils _____ mm.
 อื่น ๆ _____ วันที่เข้ารับการรักษา ____ / ____ / ____ เวลา _____ น.
 แผนก _____ วันที่ออกจากโรงพยาบาล ____ / ____ / ____ เวลา _____ น.

ตอนที่ 2: แพทย์ผู้ตรวจรักษา

ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้ตรวจรักษา _____ Medical Specialty _____
 ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ _____ โทรศัพท์ _____ ต่อ _____
 Date you first saw the patient for this illness/injury ____ / ____ / ____ Time _____
 Chief complaints _____
 Present illness or cause of injury _____
 Signs & symptoms _____ Duration of symptoms _____
 Details of illness/injury _____
 Previous treatment for this illness/injury No Yes If yes, where? _____
 The illness/injury was directly related to an accident No Yes If yes, date ____ / ____ / ____ Time _____
 The illness/injury was influenced by any of the followings: (if yes, specify) _____
 Unfavorable past medical history No Yes Family medical history led to this treatment No Yes
 Physical defects/congenital anomaly No Yes Did you smell alcohol from this patient? No Yes
 Level of consciousness Normal Confused Drowsy Semi-coma Coma
 Alcohol or drug abuse or addiction No Yes Did the patient take any medication or drugs? No Yes
 Is this patient pregnant? No Yes If yes, please specify _____
 If yes, GA _____ weeks Was this treatment related to infertility? No Yes

| Past History | | | | |
|--------------------|-----------|------------|----------|-----------------|
| Date | Diagnosis | Treatments | Duration | Hospital/Clinic |
| ____ / ____ / ____ | | | | |
| ____ / ____ / ____ | | | | |

Indication for admission _____
 Diagnosis _____
 Underlying conditions _____
 Investigation/Pathological/X-ray studies _____
 HIV test Not Done Done Result _____ (in case the patient has allowed for disclosure)
 Treatments _____
 Result/Complications _____ Possibility of recurrence No Yes
 Complete recovery Chronicity Remission & relapse Other _____
 Estimated time for recovery _____ day(s) : _____ Estimated length of stay _____ day(s)
 Other comments/appointment _____
 Attending Physician's Signature _____ Date ____ / ____ / ____

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับเอกสาร ____ / ____ / ____
 ชื่อผู้รับ _____