



- แบบฟอร์มเก็บข้อมูล แบบสอบถาม -
โรงพยาบาลชัชวาทนเรนทร
ใบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง(continuing of care)

วันที่รับ...../...../.....
วันที่ส่ง...../...../.....

ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี

ที่อยู่ บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____ ถนน _____ ตำบล _____

อำเภอ _____ จังหวัดชัชวาท _____ โทร _____

รพสต./รพช. ที่รับผิดชอบ _____

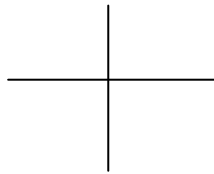
วันที่มาโรงพยาบาล/วันที่ admit _____ วันที่ discharge _____

ปัญหาที่มาโรงพยาบาล/การวินิจฉัย

☐ stroke :ischemic/ hemorrhagic/ SAH

Consciousness E V M

motor power



☐ cirrhosis

☐ CA _____

☐ COPD/asthma

☐ pneumonia

☐ TB

☐ c-spine injury

☐ fracture _____

☐ schizophrenia

☐ cerebral palsy

☐ mental retardation

☐ IHD

☐ CHF

☐ DM type _____ : DTX _____ mg/dl

☐ HT : BP _____ mmHg

☐ DLP

☐ CKD stage _____

☐ pressure sore grade _____ at _____

☐ อื่นๆ _____

ปัญหาที่ต้องการให้ทีมเยี่ยมบ้านดูแล

☐ อาการเจ็บป่วย _____

☐ ทำแผล _____

☐ ฉีดยาต่อเนื่อง _____ ทุก _____

☐ เปลี่ยน NG tube ทุก _____ ☐ เปลี่ยน foley's cath ทุก _____

☐ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงการฟนฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

☐ การปฏิบัติตัว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยา

☐ การใช้ skin traction ต่อเนื่อง

☐ ประเมินปัญหาหกล้มในผู้สูงอายุ

☐ palliative care _____

☐ ไม่มีผู้ดูแล

☐ อื่นๆ _____

หน่วยงาน _____ โทร _____