

ผู้ป่วยชื่อ \_\_\_\_\_

วัน-เดือน-ปี เกิด \_\_\_\_\_

## กรณารอกข้อมูลเท่าที่ท่านทราบ--เว้นว่างส่วนที่ไม่ทราบ--กรณาลงชื่อ เซ็นชื่อ ประวัติสุขภาพ-การเจ็บป่วย

ท่านเคยมี-หรือยังมีปัญหาสุขภาพตามรายการข้างล่างนี้หรือไม่? วงกลมรอบ ใช่ ไม่ใช่.  
ยังเป็นอยู่ หรือหายแล้ว? วงกลมรอบ "ปຍ" ถ้ายังเป็นอยู่, วงกลมรอบ "หล" ถ้าหายแล้ว.

1. น้ำหนักลดโดยไม่รู้สาเหตุ-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
2. เบาหวาน-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
3. มะเร็ง-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
4. โรคไตเรื้อรัง-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
5. โรคเอดส์-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
6. ความดันสูง-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
7. เส้นเลือดสมองแตก-อุดตัน-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
8. โรคหัวใจ-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
9. เจ็บ-ปวด-แน่น ออก-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
10. ใจสั่น-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
11. เวียนหัว เป็นลม-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
12. ขา เท้าบวม-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
13. ลิ้นหัวใจรั่ว-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
14. หายใจ ชัด ลำบาก -----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
15. หืด หอบ-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
16. โรคปอดเรื้อรัง-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
17. ปอดบวม-อักเสบ-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
18. ไอ เรื้อรัง-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
19. วัณโรค-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
20. ภูมิแพ้ แพ้อากาศ ไซนัส-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
21. โรคกระเพาะ กรดมาก-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
22. อาหารไม่ย่อย-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
23. อุจจาระผิดปกติ-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
24. เลือดใน อุจจาระ-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
25. ท้องผูก อุจจาระแข็ง-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
26. ริดสีดวงทวาร -----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".

27. ล้าไส้อักเสบ เรื้อรัง-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
28. ตับอักเสบ ตีชัน-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
29. โรคถุงน้ำดี -----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
30. ตับอ่อนอักเสบ-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
31. หมดพลังเพศ-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
32. ปัญหาทางเพศ-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
33. โรคไต-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
34. นิ้วโต-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
35. ปัญหาทางปัสสาวะ-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
36. ปัญหาต่อมลูกหมาก-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
37. ข้อบวม-อักเสบ-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
38. เคยฉายรังสีมะเร็ง-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
39. โรคผิวหนัง-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
40. โรคเลือด-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
41. กามโรค -----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
42. ปวดหัว เรื้อรัง-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
43. ปวดหลังเรื้อรัง -----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
44. โรคเก๊า-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
45. โรคกึ่งหลอดเลือดแดง-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
46. โรคซึมเศร้า-คลุ้มคลั่ง-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
47. ปัญหาจัดการกินอาหาร--ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
48. ปัญหาพิษสุราเรื้อรัง-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
49. ดิทยาเสพติด-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
50. ปัญหาไร้สมาธิ-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".
51. ลมชัก ลมบ้าหมู-----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".

ระบบสตรี: 52. ระดูครั้งแรกเมื่ออายุ \_\_\_\_\_.

53. ระดูมาช่วงไม่สม่ำเสมอ? -----ใช่ -ไม่ใช่.

54. ระดูผิดปกติ? -----ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".

55. ตกขาวตกเหลืองผิดปกติ? -ใช่ -ไม่ใช่, "ปຍ"- "หล".

56. เคยตั้งครรภ์กี่ครั้ง? \_\_\_\_ . 57. เคยแท้งกี่ครั้ง? \_\_\_\_.

58. ระดูหมดไปแล้ว-วัยทอง? --ใช่ -ไม่ใช่.

59. การเจ็บป่วยหนักในอดีต, การป่วยทางจิต, อุบัติเหตุ-บาดเจ็บ-วันที่: \_\_\_\_\_

60. เข้านอนในโรงพยาบาล- วันที่: \_\_\_\_\_

61. การผ่าตัดในอดีต-วันที่: \_\_\_\_\_

62. ยาที่ใช้ประจำ, รวมทั้งวิตามิน, ยาบำรุง, ยาแผนโบราณ, ยาคุมกำเนิด \_\_\_\_\_

63. ปฏิกริยา แพ้--ยา, สารเคมี, หรือสารอย่างอื่น? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_

## ประวัติโรคที่อาจสืบตามในตระกูล:

64. ท่านรู้ ประวัติพ่อแม่-พี่น้อง-ปู่ย่าตายาย หรือไม่? รู้ -ไม่รู้. อธิบาย \_\_\_\_\_

พ่อแม่-พี่น้อง-ปู่ย่าตายาย ของท่าน มี-เคยมี โรคตามรายการต่อไปนี้หรือไม่? ใครเป็น? เป็นเมื่ออายุเท่าไร?

65. เบาหวาน? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_

66. หัวใจวาย เส้นเลือดหัวใจอุดตัน? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_

67. โรค หัวใจ? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_

68. ความดันสูง? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_  
69. เส้นเลือดสมองแตก-อุดตัน? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_  
70. มะเร็ง? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_  
71. ปัญหาทางจิต? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_  
72. ปัญหา سرا-ยาเสพติด? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_  
73. โรคเลือด? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_  
74. ต้อหิน? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_  
75. ข้ออักเสบ? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_  
76. ไวรัส บี, เอชไอ, วัณโรค? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_  
76. โรคอื่น? ใช่ -ไม่ใช่. \_\_\_\_\_

### บุหรี่

77. ท่านสูบบุหรี่-ซิกการ์-ยาเส้น? ใช่ -ไม่ใช่. 78. ยังสูบบุหรี่จำนวน \_\_\_\_\_ ของ/วัน สูบมาได้ \_\_\_\_\_ ปี. 79. ในอดีตเคยสูบบุหรี่จำนวน \_\_\_\_\_ ของ/วัน ในช่วง \_\_\_\_\_ ปีในอดีต. หยุดสูบเมื่อปี \_\_\_\_\_. 80. เสพยาเสพติด? ใช่ -ไม่ใช่. อธิบาย \_\_\_\_\_.

### สุรา

81. ท่านดื่มสุรา? ใช่ -ไม่ใช่. จำนวนเท่าไร ต่อสัปดาห์? \_\_\_\_\_.

### การรักษาสุขภาพ

82. เคยฉีดวัคซีนธรรมดาสำหรับเด็ก (คางทูม/หัด/หัดเยอรมัน โปลิโอ คอตีบ/ไอกรน/บาดทะยัก)? ใช่ -ไม่ใช่.  
83. ท่านออกกำลังกาย-เล่นกีฬาสม่ำเสมอ? ใช่ -ไม่ใช่. อธิบาย \_\_\_\_\_.  
84. ท่านมีสภาวะพิการ? ใช่ -ไม่ใช่. อธิบาย \_\_\_\_\_.

### ประวัติทางสังคม

85. มีงานทำ? ใช่ -ไม่ใช่. 86. อาชีพ-ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ ที่ \_\_\_\_\_.  
87. ก่อนเกษียณ เคยทำอาชีพ \_\_\_\_\_. 87. แม่บ้าน-พ่อบ้าน? ใช่ -ไม่ใช่.  
88. เป็นนักเรียน ที่ \_\_\_\_\_ ระดับ ปี/ชั้น? \_\_\_\_\_.  
89. ระดับการศึกษา \_\_\_\_\_.  
90. ถ้าท่านมีกรณีทางศาสนา-ประเพณี ที่มีผลสำคัญต่อสุขภาพของท่าน โปรดแจ้ง \_\_\_\_\_.  
91. ถ้าท่านมีกรณีส่วนตัว-หรือทางเพศ ที่มีผลสำคัญต่อสุขภาพของท่าน โปรดแจ้ง \_\_\_\_\_.  
92. ท่านมี living will-advanced directives หรือไม่? ใช่ -ไม่ใช่. ท่านต้องการข้อมูล? ใช่ -ไม่ใช่.

### คู่-สามี-ภรรยา

93. ท่านมี คู่-สามี-ภรรยา? ใช่ -ไม่ใช่. คู่-สามี-ภรรยา ปัจจุบัน อยู่ด้วยกันมา \_\_\_\_\_ ปี.  
ชื่อ: \_\_\_\_\_ . อายุ: \_\_\_\_\_. อาชีพ: \_\_\_\_\_.  
94. ท่านมีลูก? ใช่ -ไม่ใช่. ลูกชาย \_\_\_\_\_ คน, ลูกหญิง \_\_\_\_\_ คน.  
95. ท่านอยู่คนเดียว? ใช่ -ไม่ใช่. ท่านอยู่กับ \_\_\_\_\_.  
96. ท่านรู้สึกปลอดภัยที่บ้าน? ใช่ -ไม่ใช่. อธิบาย \_\_\_\_\_.

ผู้ป่วยชื่อ \_\_\_\_\_ วัน-เดือน-ปี เกิด \_\_\_\_\_  
ถ้าผู้ป่วยอายุไม่ถึง 18 ปี พ่อ/แม่ต้องกรอกฟอร์มและเซ็นแทน ชื่อพ่อ/แม่ \_\_\_\_\_

เซ็นชื่อ \_\_\_\_\_ วันที่ปัจจุบัน \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone/email: \_\_\_\_\_

MD Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_