

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น (1)

ชื่อ-สกุล _____

☐ พน.ชาย

☐ พน.หญิง

1. มีความบกพร่อง พิจารหรือไม่

- ☐ บริเวณ _____ ระบุอาการ _____
- ผลกระทบ ☐ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ
- ☐ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เล็กน้อย
- ☐ ไม่มี

2. เคยเข้ารับการผ่าตัดหรือไม่

- ☐ เคย สาเหตุ _____ บริเวณใด _____
- ระดับการฟื้นตัว ☐ ไม่มีสภาวะโรคแทรกซ้อน
- ☐ มีสภาวะโรคแทรกซ้อน ระบุ _____
- ☐ ไม่เคย

3. เคยป่วยเป็นโรคติดต่อหรือไม่ (เช่น วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี เอชไอ)

- ☐ เคย ระบุ _____
- ☐ ไม่เคย

4. มีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่

- ☐ แพ้ ระบุ _____
- ☐ ไม่แพ้

5. โรคประจำตัว

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| ☐ ความดันโลหิตสูง | ☐ ปอด | ☐ เกาต์ | ☐ โรคภูมิแพ้ |
| ☐ โรคไต | ☐ ไวรัสตับอักเสบบี | ☐ สันหลังคด | ☐ โลหิตจาง |
| ☐ คลอเรสเตอรอลสูง | ☐ โรคกระเพาะ | ☐ หัวใจเต้นผิดจังหวะ | ☐ ลมบ้าหมู |
| ☐ หอบหืด | ☐ โรคไฮเปอร์ไทรอยด์ | ☐ โรคโพรงจมูกอักเสบ | ☐ อาการปวดหลัง |
| ☐ เบาหวาน | ☐ โรคเหงือกอักเสบ | ☐ โรคหัวใจและหลอดเลือด | |
- ☐ อุบัติเหตุทางรถยนต์ มีโรคแทรกซ้อนหรือไม่ _____ ☐ อื่นๆ _____

6. ประวัติครอบครัว

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ ความดันโลหิตสูง | ☐ โรคหัวใจและหลอดเลือด | ☐ วัณโรค |
| ☐ คลอเรสเตอรอลสูง | ☐ ต่อมลูกหมากโตผิดปกติ | ☐ อัมพฤกษ์, อัมพาต |
| ☐ โรคเมะเร็ง มะเร็ง _____ | ☐ อื่นๆ _____ | |

7. การพักผ่อน / ร่างกายแข็งแรงหรือไม่ ✕

- | | |
|---|--|
| ☐ นอนห้องแอร์ไม่ได้ | ☐ โรคอ่อนเพลีย |
| ☐ ต้องการพักผ่อนมากกว่าปกติ (มากกว่า 10 ชม.) | ☐ ตื่นนอนเร็วและไม่สามารถนอนต่อได้ |
| ☐ นอนหลับยาก | ☐ สุขภาพไม่แข็งแรงไม่สามารถปรนนิบัติได้ |
| ☐ เหนื่อยง่าย | |
| ☐ ตื่นง่าย | |

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น (2)

ชื่อ-สกุล _____

☐ มีอุปสรรคในการนอน _____ กรณีอื่นๆ ถ้ามีโปรดอธิบาย 1.มีอาการเมื่อไหร่ 2.ความถี่ของอาการ 3.มีอาการอย่าง ต่อเนื่องมานานเท่าไร 4.มีผลกระทบอะไร 5.ยังมีอาการอยู่หรือไม่ (เขียนอธิบายอย่างละเอียด)

☐ ท่านแก้ปัญหาเหล่านี้อย่างไร _____

8. คุณเคยเข้ารับการรักษาทงจิตหรือไม่ ✕

☐ ไม่เคย สภาวะทางจิตปกติ ไม่มีความจำเป็นเกี่ยวกับด้านนี้

☐ เคยคิด แต่ไม่ได้เข้ารับการรักษ

มีปัญห สับสนทางจิตเรื่องอะไร ท่านแก้ปัญหาเหล่านี้อย่างไร _____

☐ เคย (โรงพยาบาล คลินิก แพทย์)

(1) อาการโรคของท่านคืออะไร _____

(2) แพทย์วินิจฉัยว่าท่านเป็นโรคอะไร _____

☐ ใช้ผลิตภัณฑ์ยา _____ ☐ อื่นๆ _____

☐ เข้าพบและพูดคุยกับแพทย์ ก็ครั้ง _____

(3) สภาพการณ์ปัจจุบันของท่าน _____

9. ท่านติดบุหรี่ ติดเหล้าหรือเปล่า เลิกเสพติดยากมาก?

☐ ใช่ ติดบุหรี่ปี _____ ติดเหล้าปี _____

☐ ไม่

10. ท่านเอนเอียงไปทางรักร่วมเพศหรือไม่?

☐ ใช่

☐ ไม่

★บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ : _____ ความสัมพันธ์ _____

ที่อยู่ _____

เบอร์โทรศัพท์ _____

1 ธช. 5:23 “...และรักษาวิญญาณ และจิต และกายของท่านทั้งหลายไว้ให้ครบสมบูรณ์...”

3 ยซ. 1:2 “ท่านที่รักข้าพเจ้าขอให้ท่านได้เจริญรุ่งเรืองในทุกสิ่งและมีสุขภาพแข็งแรงเหมือนดังที่จิตของท่านเจริญรุ่งเรือง”