

แบบบันทึกการตรวจคัดกรองความเสี่ยง

- ผู้ประกันตน(ประกันสังคม) ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน			
□	-	□□□□	-
□□□□	-	□□	-
□			□
ผู้รับการตรวจ ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี			
เลขที่บัญชีนายจ้าง (ระบบประกันสังคม)			
□□	-	□□□□□□□□	-
□	สาขา		□□□□□□
ชื่อสถานประกอบการ/ส่วนราชการ.....			
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....			
วันที่ตรวจ.....			

1. ข้อมูลครอบครัว

1.1 บิดาหรือมารดาของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วย

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> เบาหวาน (DM) | <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง (HT) | <input type="checkbox"/> โรคเกาต์ (Gout) |
| <input type="checkbox"/> ไตวายเรื้อรัง (CRF) | <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) | <input type="checkbox"/> เส้นเลือดสมอง (Stroke) |
| <input type="checkbox"/> ถุงลมโป่งพอง (COPD) | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ เช่น ตับขาด ตาบอด..... |

1.2 พี่น้อง (สายตรง) ของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> เบาหวาน (DM) | <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง (HT) | <input type="checkbox"/> โรคเกาต์ (Gout) |
| <input type="checkbox"/> ไตวายเรื้อรัง (CRF) | <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) | <input type="checkbox"/> เส้นเลือดสมอง (Stroke) |
| <input type="checkbox"/> ถุงลมโป่งพอง (COPD) | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ เช่น ตับขาด ตาบอด..... |

2. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วย หรือต้องพบแพทย์ ด้วยโรคหรืออาการ

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 2.1 โรคเบาหวาน (DM) | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.2 โรคความดันโลหิตสูง (HT) | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.3 โรคตับ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.4 โรคอัมพาต | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.5 โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.6 ไขมันในเลือดผิดปกติ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.7 แผลที่เท้า/ตัดขา(จากเบาหวาน) | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.8 คลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.9 คัดค้าน้ำบ่อยและมาก | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.10 ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.11 กินจุแต่ผอมลง | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |

- 2.12 น้ำหนักลด / อ่อนเพลีย มี ไม่มี
- 2.13 เป็นแผลริมฝีปากบ่อยและหายยาก มี ไม่มี
- 2.14 ค้นตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์ มี ไม่มี
- 2.15 ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย มี ไม่มี
- 2.16 ขาปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ มี ไม่มี

3. กรณีที่ท่านมีประวัติเจ็บป่วย ตามข้อ 2 ท่านปฏิบัติตนอย่างไร

- รับการรักษาอยู่/ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ
- รับการรักษา แต่ไม่สม่ำเสมอ
- เคยรักษา ขณะนี้ไม่รักษา/หายาทานเอง

4. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- สูบ.....มวน/วัน ชนิดของบุหรี่.....ระยะเวลา.....ปี (ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน)
- ไม่สูบ
- เคยสูบแต่เลิกแล้ว ชนิดของบุหรี่ที่เคยสูบ.....ระยะเวลา.....ปี (ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน)
- จำนวน Pack year.....

5. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

- ดื่ม.....ครั้ง/สัปดาห์ (ดื่มเหล้า > 45 cc ต่อวัน/ ดื่มเบียร์ > 240 cc ต่อวัน / ดื่มไวน์ > 120 cc ต่อวัน)
- ไม่ดื่ม
- เคยดื่มแต่เลิกแล้ว

6. ท่านออกกำลังกาย/เล่นกีฬา

- ไม่ออกกำลังกายเลย
- ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
- ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ
- ออกกำลังกายสัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ
- ออกกำลังกายทุกวัน ครั้งละ 30 นาที

7. ท่านชอบอาหารรสใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- หวาน เค็ม มัน ไม่ชอบทุกข้อ

8. ท่านขี้หรือโดยสารรถจักรยานยนต์/รถยนต์

- ไม่ขี้/ไม่โดยสาร
- ขี้/โดยสาร และใส่หมวกกันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง
- ขี้/โดยสาร และใส่หมวกกันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัยบางครั้ง
- ขี้/โดยสาร และใส่หมวกกันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัยนานๆ ครั้ง (ใส่เฉพาะเมื่อมีด่านตรวจ)

9. เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยาของท่าน ท่านหรือคู่ของท่าน ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่

- ใช้ทุกครั้ง ใช้เมื่อถูกร้องขอ ไม่ใช้
- ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยาของตนเอง ไม่ตอบ

10. การตรวจร่างกาย

Wt.....kg. Ht.....cm. BMI.....kg./m²

BP ครั้งที่ 1 / BP ครั้งที่ 2 / mmHg.

ค่า BP เฉลี่ย / mmHg.

เส้นรอบเอว.....ซม. หรือ.....นิ้ว (ชายไม่เกิน 90 ซม.หรือ 36 นิ้ว หญิงไม่เกิน 80 ซม.หรือ 32 นิ้ว)

ซีด ไม่ซีด

การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด- Post prandial blood sugar.....mg% (หลังรับประทานอาหาร.....ซม.) หรือ

- กรณีตรวจ FBSmg% หรือ

- กรณีตรวจ Capillary bloodmg%

ตรวจร่างกายทั่วไป.....

ความเห็นของแพทย์/พยาบาล

- ไม่พบความเสี่ยง
- มีความเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรค
- ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ระบุ)
- คำแนะนำ.....

- แนะนำให้ตรวจเพิ่มเติม.....
- ส่งตัวไปรักษาเพิ่มเติมที่.....
- ไม่ส่งไปรักษาเพิ่มเติม เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ