



Mission Faculty of Nursing
Asia-Pacific International University
Cumulative Health Record

วันที่ (Date).....

ข้อมูลทั่วไป (General Information)

ชื่อ นาย/นางสาว..... นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน _____
(First name) (Last name) (ID Number)

วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี เชื้อชาติ..... ศาสนา.....
(Date of Birth) (Age) (Nationality) (Religion)

สถานที่เกิด อำเภอ..... จังหวัด..... ประเทศ.....
(Place of Birth)

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์..... Email Address.....
(Present Address)

บิดาชื่อ..... อายุ..... ปี อาชีพ.....
ตำแหน่ง..... ที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

มารดาชื่อ..... อายุ..... ปี อาชีพ.....
ตำแหน่ง..... ที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ในกรณีเจ็บป่วยหรือกรณีฉุกเฉิน บุคคลที่สามารถติดต่อ/รับผิดชอบได้ เกี่ยวข้องเป็น.....
สถานที่ติดต่อ..... โทรศัพท์.....

โรคประจำตัว.....

ประวัติการผ่าตัด.....



คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

ชื่อ (Name)..... HN:.....
 ชั้นปีที่.....วัน/เดือน/ปีที่ตรวจ.....

ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที
 (ถอดถุงเท้าและรองเท้า)

วัดสายตา (Snellen)	Chest X-ray	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
ตาไม่ใส่แว่น	CBC	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
VA <	HIV	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
ตาใส่แว่น	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
VA <	UA	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal

ตาบอดสี.....

การตรวจร่างกาย Physical Examination		ปกติ Normal	ผิดปกติ Abnormal	ความผิดปกติที่ตรวจพบ Describe Abnormality
สภาพร่างกายทั่วไป	General appearance	.....	.....	.....
ศีรษะ หนังศีรษะ	Head Scalp	.....	.....	.....
ตา	Eye	.....	.....	.....
หู คอ	Ear Throat	.....	.....	.....
จมูก	Nose	.....	.....	.....
ต่อมไทรอยด์	Thyroid gland	.....	.....	.....
ปอด และทรวงอก	Lung and Chest	.....	.....	.....
หัวใจ	Heart	.....	.....	.....
ท้อง และอวัยวะในช่องท้อง	Abdomen	.....	.....	.....
ต่อมน้ำเหลือง	Lymph node	.....	.....	.....
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	Musculoskeleton	.....	.....	.....
แขน และขา	Extremities	.....	.....	.....
ผิวหนัง	Skin	.....	.....	.....
สุขภาพจิต	Mental Health	.....	.....	.....

สรุปผลและขอเสนอแนะ (Summary and Recommendations):

แพทย์ผู้ตรวจ (Examined byM.D.)

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (Family Health Record)

สมาชิกในครอบครัว Family Member	อายุ Age	สถานที่เกิด Place of Birth	ประวัติการเป็นวัณโรค การเจ็บป่วยทางจิต ชัก ลมบ้าหมู ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน หรืออื่น ๆ History of TB, mental illness, epilepsy, HT, Heart disease, DM	ถ้าถึงแก่กรรม If deceased	
				ปีที่เสียชีวิต Year of Death	สาเหตุที่เสียชีวิต Cause
Father					
Mother					
Brother					
Sister					

แบบบันทึกสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record)

โรคที่เคยเป็นหรือความผิดปกติอื่น ๆ (Diseases or abnormal conditions)

Diseases or abnormal conditions	Check	Age	Disease of abnormal conditions	Check	Age
ภูมิแพ้ Allergy			มาลาเรีย Malaria		
หอบหืด Asthma	หัด Measles	.....	.....
หลอดลมอักเสบ Bronchitis	หัดเยอรมัน German measles	.....	.....
อีสุกอีใส Chickenpox	โรคไต Kidney disease	.....	.....
ชัก ลมบ้าหมู Convulsion	ไมเกรน Migraine	.....	.....
เบาหวาน Diabetes Mellitus	คางทูม Mumps	.....	.....
ท้องร่วง Diarrhea	ระบบประสาท Nervous system disorder	.....	.....
โรคหู Ear infection or disease	โรคจิต ประสาท Neurosis or Psychosis	.....	.....
Endocrine gland imbalance:	แผลทางเดินอาหารหรือลำไส้ Peptic or duodenal ulcer	.....	.....
- ไทรอยด์ Thyroid			โรคคอตีบ Diphtheria	.....	.....
- ปัญหารังไข่ Ovary	ปอดบวม Pneumonia	.....	.....
- อื่น ๆ Others	ไข้รูมาติก Rheumatic fever	.....	.....
ไข้หวัดใหญ่ Influenza	โรคข้อรูมาติซึม Rheumatism	.....	.....
โรคหัวใจ Heart Disease	โรคผิวหนัง Skin disorders	.....	.....
โรคเลือด Hematological disorder	ทอนซิลอักเสบ Tonsillitis	.....	.....
ริดสีดวงทวาร Hemorrhoid	วัณโรค Tuberculosis	.....	.....
ดีซ่าน ตับอักเสบ Jaudice or Hepatitis	ไข้ไทฟอยด์ Typhoid fever	.....	.....