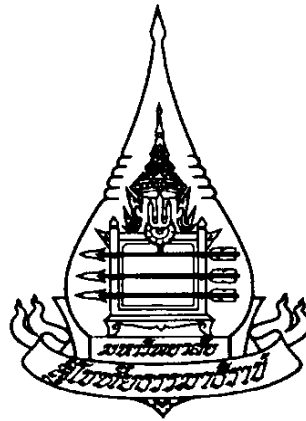


ภาคผนวก



รายงานการฝึกตามมอบหมาย
ชุดวิชา 55316 การฝึกปฏิบัติในวัดแผนไทย

แบบบันทึกผู้ป่วย 30 กรณี

เสนอ
อาจารย์จตุรรัตน์ เสรีวัตร

ชื่อนักศึกษา.....รหัสประจำตัว.....

ภาคการศึกษาที่ 2/2557

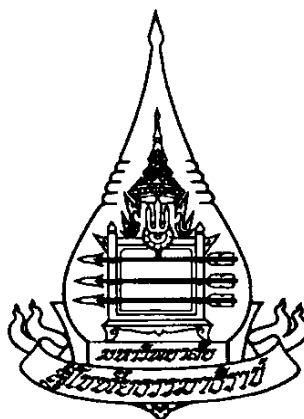
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จังหวัดนนทบุรี

ลงนามรับรองการฝึกตามมอบหมาย.....

(.....)

อาจารย์ฝึกตามมอบหมาย

วันที่.....



รายงานการฝึกตามมอบหมาย
ชุดวิชา 55316 การฝึกปฏิบัติในวัดแผนไทย

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรค.....

เสนอ

อาจารย์จตุรรัตน์ เสรีวัตร

ชื่อนักศึกษา.....รหัสประจำตัว.....

ภาคการศึกษาที่ 2/2557

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จังหวัดนนทบุรี

ลงนามรับรองการฝึกตามมอบหมาย.....

(.....)

อาจารย์ฝึกตามมอบหมาย

วันที่.....

ใบสรุปจำนวนกรณีผู้ป่วย
การฝึกปฏิบัติตามมอบหมาย วันที่ 3-7 มิถุนายน 2558

ชื่อสถานที่ฝึกตามมอบหมาย.....

ลำดับ	วันที่	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	อายุ (ปี)	อาการสำคัญ	การวินิจฉัย	หมายเหตุ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

ลำดับ	วันที่	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	อายุ (ปี)	อาการสำคัญ	การวินิจฉัย	หมายเหตุ
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

ลงนามอาจารย์ฝึกตามมอบหมาย.....

วัน/เดือน/ปี.....

ใบสรุปจำนวนกรณีผู้ป่วย

การฝึกปฏิบัติตามมอบหมาย วันที่

ชื่อสถานที่ฝึกตามมอบหมาย.....

ลำดับ	วันที่	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	อายุ (ปี)	อาการสำคัญ	การวินิจฉัย	หมายเหตุ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

ลำดับ	วันที่	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	อายุ (ปี)	อาการสำคัญ	การวินิจฉัย	หมายเหตุ
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

ลงนามอาจารย์ฝึกตามมอบหมาย.....

วัน/เดือน/ปี.....

แบบบันทึกผู้ป่วยทางการนวดไทย
หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วันที่เดือน พ.ศ.

ประวัติ

ชื่อ - สกุล เพศ

อายุ ปี สถานภาพ โสด สมรส ม่าย หย่าร้าง

เชื้อชาติ สัญชาติ

อาชีพ

ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด).....

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่ ซอย ถนน

ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

สถานที่ทำงาน โทรศัพท์.....

อาการสำคัญ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติครอบครัว

ประวัติส่วนตัว

การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร BMI.....

การรู้สึกตัว ดี ซึม เอะอะ ไม่รู้ตัว

สัญญาณชีพ(vital sign)

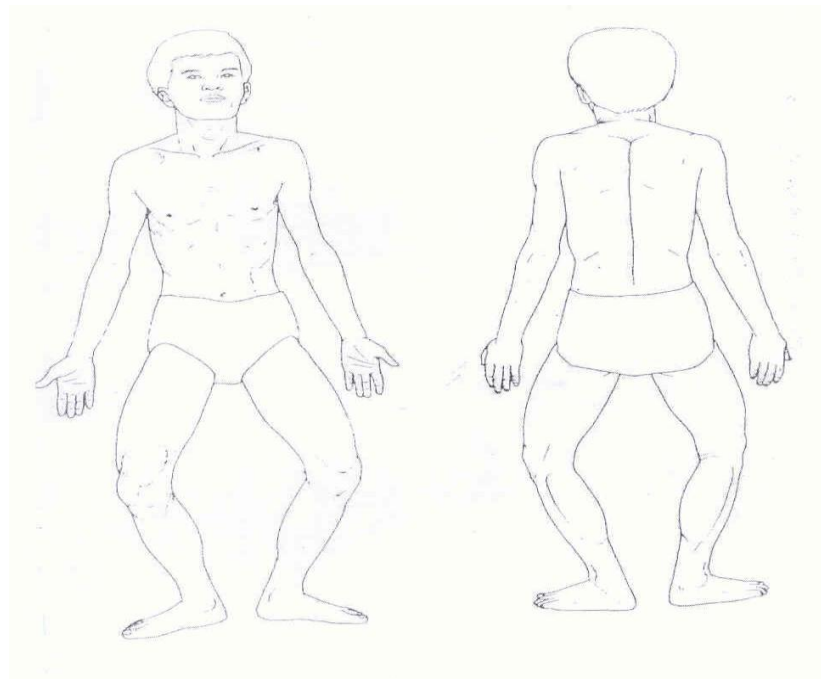
อุณหภูมิ (T) องศาเซลเซียส ชีพจร (P) ครั้ง / นาที

การหายใจ (R) ครั้ง / นาที ความดันโลหิต (BP) มม. / ปรอท

การตรวจการตอบสนองของกล้ามเนื้อ/Reflex

การตอบสนองของกล้ามเนื้อ	ซ้าย(L)	ขวา(R)
กล้ามเนื้อไบเซบ (Biceps)		
กล้ามเนื้อไตรเซบ (Triceps)		
เข่า (knee)		
ข้อเท้า (Ankle)		

การตรวจร่างกายเฉพาะที่



ให้ทำเครื่องหมายกากบาท (X) ตำแหน่งที่เจ็บปวด

การตรวจทางหัตถเวช (ก่อนการรักษา)

- 1)
ปัญหาที่พบ
- 2)
ปัญหาที่พบ
- 3)
ปัญหาที่พบ
- 4)
ปัญหาที่พบ
- 5)
ปัญหาที่พบ

- 6)
ปัญหาที่พบ
- 7)
ปัญหาที่พบ
- 8)
ปัญหาที่พบ

การวินิจฉัยโรคทางหัตถเวช.....

การรักษา

- 1)
2)
3)
4)
5)
6)
7)
8)

การตรวจทางหัตถเวช (หลังการรักษา)

- 1)
ปัญหาที่พบ
- 2)
ปัญหาที่พบ
- 3)
ปัญหาที่พบ
- 4)
ปัญหาที่พบ
- 5)
ปัญหาที่พบ
- 6)
ปัญหาที่พบ
- 7)
ปัญหาที่พบ
- 8)
ปัญหาที่พบ

คำแนะนำ

- 1)
- 2).....
- 3)
- 4).....
- 5).....

ผลการรักษา (ประเมินผู้ป่วย)

- อาการดีขึ้น อาการแย่ลง อาการคงเดิม

หลังจากนัดแล้ว ขอให้ผู้นวดถามความรู้สึกคนไข้ว่ารู้สึกอย่างไร

- อาการดีขึ้น อาการแย่ลง อาการคงเดิม

หลังจากนัดแล้ว ผู้นวดขอให้คนไข้ประเมินความสามารถของผู้นวดว่าอยู่ในระดับใด

- ดีมาก ดี พอใช้ ปรับปรุง อื่น ๆ ระบุ

ลงชื่อผู้ป่วย

ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา.....

.....
(.....)

ลงชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม

วันที่...../...../.....

ติดตามผลการรักษาครั้งที่

อาการดำเนินโรค

.....
.....

การตรวจร่างกาย

สัญญาณชีพ(vital sign)

อุณหภูมิ (T) องศาเซลเซียส ชีพจร (P) ครั้ง / นาที
การหายใจ (R) ครั้ง / นาที ความดันโลหิต (BP)มม. / พรอท
น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร BMI.....

การตรวจทางหัตถเวช (ก่อนการรักษา)

- 1)
ปัญหาที่พบ
- 2)
ปัญหาที่พบ
- 3)
ปัญหาที่พบ.....
- 4)
ปัญหาที่พบ
- 5)
ปัญหาที่พบ
- 6)
ปัญหาที่พบ.....
- 7)
ปัญหาที่พบ
- 8)
ปัญหาที่พบ

การวินิจฉัยโรคทางหัตถเวช

.....

การรักษา

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)

การตรวจทางหัตถเวช (หลังการรักษา)

- 1)
ปัญหาที่พบ
- 2)
ปัญหาที่พบ
- 3)
ปัญหาที่พบ
- 4)
ปัญหาที่พบ
- 5)
ปัญหาที่พบ
- 6)
ปัญหาที่พบ
- 7)
ปัญหาที่พบ
- 8)
ปัญหาที่พบ

คำแนะนำ

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

ผลการรักษา (ประเมินผู้ป่วย)

- อาการดีขึ้น อาการแย่ลง อาการคงเดิม

หลังจากนัดแล้ว ขอให้ผู้นวดถามความรู้สึกคนไข้ว่ารู้สึกอย่างไร

- อาการดีขึ้น อาการแย่ลง อาการคงเดิม

หลังจากนัดแล้ว ผู้นวดขอให้คนไข้ประเมินความสามารถของผู้นวดว่าอยู่ในระดับใด

- ดีมาก ดี พอใช้ ปรับปรุง อื่น ๆ ระบุ

ลงชื่อผู้ป่วย

ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา.....

(.....)

ลงชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม

วันที่...../...../.....

(เอกสารแนบ 7)

แบบฟอร์มบันทึกการลงเวลาฝึกมอหมายช่วงที่ 1 / ช่วงที่ 2
ชุดวิชา 55316 การฝึกปฏิบัติในวตแผนไทย

ชื่อสถานที่ฝึกตามมอหมาย.....

No.	วันที่ฝึกปฏิบัติ	เวลา	รายชื่อนักศึกษา	ลายมือชื่อนักศึกษา	อาจารย์ผู้ควบคุม การฝึกปฏิบัติ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
รวมจำนวน.....ชั่วโมง					

ลงนามอาจารย์ฝึกตามมอหมาย.....
วัน/เดือน/ปี.....

แบบประเมินผลการฝึกตามมอบหมาย

ชื่อนักศึกษา รหัสประจำตัวนักศึกษา.....

หัวข้อประเมิน	คะแนนเต็ม (60 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1. ความสนใจการฝึกปฏิบัติ	10		
2. ความตรงต่อเวลาในการฝึกปฏิบัติงาน	5		
3. การซักประวัติผู้ป่วย	10		
4. การตรวจร่างกายทางหัตถเวช	10		
5. การวินิจฉัยโรคทางหัตถเวช	5		
6. การนวด/การรักษาโรคถูกต้อง	10		
7. ประเมินและให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังการนวด	10		
8. จัดทำรายรายงานได้ตามแบบฟอร์มที่กำหนด	5		
คะแนนรวมที่ได้			

ข้อเสนอแนะ

.....

ลงนามอาจารย์ฝึกตามมอบหมาย.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....