

แบบฟอร์มการฝึกเสริมทักษะ (8 ทักษะ)

ของภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2557

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....

วันที่.....สถานที่ฝึก.....

ทักษะที่ 1 ชักประวัติการเจ็บป่วย

แบบบันทึกการชักประวัติการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ลักษณะของผู้ป่วย

1.ชื่อผู้ชักประวัติ.....เพศ.....อายุ.....ปี

1.อาการสำคัญ.....

2.ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3.ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

4.ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (ประวัติโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์ โรคติดต่อร้ายแรงใดๆในครอบครัว)

5. ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด หรือประวัติการเจ็บป่วยของคนในหมู่บ้าน.....

6.ประวัติส่วนตัว.....

7.ปัญหาสุขภาพที่พบ

ข้อเสนอแนะของอาจารย์ประจำฐานที่ 1

ลงนามอาจารย์ประจำฐานที่ 1

วันเดือนปีที่ฝึกปฏิบัติ

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....
วันที่.....สถานที่ฝึก.....

ทักษะที่ 2 การตรวจวัดสัญญาณชีพ (TPR & BP)

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....

สถานที่ฝึกโรงพยาบาล.....

วันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

ชื่อ-ชื่อสกุลผู้ป่วย.....H.N.....

การวินิจฉัยโรคหอผู้ป่วย

ผลการวัด อุณหภูมิ องศา ซีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที

ความดันโลหิตมม.ปรอท

ข้อเสนอแนะของอาจารย์ประจำฐานที่ 2

.....
.....

ลงนามอาจารย์ประจำฐานที่ 2

.....
.....

วันเดือนปีที่ฝึกปฏิบัติ

.....

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....
วันที่.....สถานที่ฝึก.....

ทักษะที่ 3 การประเมินอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....
สถานที่ฝึก

การบันทึกผลการตรวจร่างกาย

อาการทั่วไป General Appearance	ความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ซึม <input type="checkbox"/> เอะอะ <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว รูปร่าง <input type="checkbox"/> อ้วน <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> ผอม ท่าเดิน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ต้องมีคนพยุงเดิน <input type="checkbox"/> นั่งรถเข็น
ผิวหนัง Skin	ดู สีผิวทั่วไป <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ซีด <input type="checkbox"/> เหลือง <input type="checkbox"/> เขียว ผื่น ตุ่ม จ้ำ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรงระบุตำแหน่งที่พบและขนาด..... แผลหรือฝี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรงระบุตำแหน่งที่พบและขนาด..... ผิวหนังเหี่ยวยุ่น <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรงระบุตำแหน่งที่พบและขนาด..... เล็บมือเล็บเท้า <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ซีด <input type="checkbox"/> เหลือง <input type="checkbox"/> เขียว ลักษณะของผิวหนัง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> แห้ง <input type="checkbox"/> ชุ่มชื้น
ศีรษะ Head	ดู ผม สีผม ธรรมชาติ <input type="checkbox"/> สีดำ <input type="checkbox"/> สีน้ำตาล ย้อมสีผม <input type="checkbox"/> ไม่ย้อมสีผม <input type="checkbox"/> ย้อมสีผม ลักษณะของเส้นผม <input type="checkbox"/> ละเอียด <input type="checkbox"/> หยาบ เหา/ไข่เหา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรงระบุ ตำแหน่ง และขนาด..... ดู หนังศีรษะ ลักษณะ <input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> มีรังแค แผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรงระบุ ตำแหน่ง และขนาด..... ก้อน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรงระบุ ตำแหน่ง และขนาด..... คลำ ก้อนหนังศีรษะ กดเจ็บ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรงระบุ ตำแหน่ง และขนาด.....

<p>หน้า Face</p>	<p>ดู ลักษณะภายนอก สี <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ซีด <input type="checkbox"/> แดง <input type="checkbox"/> เหลือง ปากเบี้ยว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่..... บวม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่..... แผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุขนาดและตำแหน่ง..... ก้อน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุขนาดและตำแหน่ง..... คลำ ทั่วใบหน้า กดเจ็บ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่.....</p>
<p>หู Ears</p>	<p>ดู ลักษณะภายนอก ตั้งหู <input type="checkbox"/> ยาว <input type="checkbox"/> สั้น ใบหู <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ โปรตระบุ..... <input type="checkbox"/> เท่ากันทั้ง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> ไม่เท่ากันทั้ง 2 ข้าง บวม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุขนาดและตำแหน่ง..... แผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุขนาดและตำแหน่ง..... ก้อน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุขนาดและตำแหน่ง..... รอยเจาะบริเวณใบหู <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ตำแหน่งของใบหู <input type="checkbox"/> อยู่บริเวณเดียวกับหางตา <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าหางตา คลำ ใบหู <input type="checkbox"/> ไม่มีกดเจ็บ <input type="checkbox"/> มีกดเจ็บ ดูภายในรูหู ใช้ไฟฉายส่อง ทีละข้าง ซีหู <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี น้ำเหลืองไหล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี มีอาการ หูอื้อ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หูหนวก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p>
<p>ตา Eyes</p>	<p>ดู ลักษณะภายนอก สี <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เหลือง <input type="checkbox"/> แดง บวม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่..... ซีตา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่..... กึ่งยิง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่..... กระจกตา <input type="checkbox"/>ใส <input type="checkbox"/> ขุ่น <input type="checkbox"/> เป็นแผล แก้วตา <input type="checkbox"/>ใส <input type="checkbox"/> ขุ่น รูม่านตา <input type="checkbox"/> เท่ากัน 2 ข้าง ขนาดม.ม. <input type="checkbox"/> ไม่เท่ากัน ขนาด ซ้าย.....ม.ม. ขวา.....ม.ม. <input type="checkbox"/> ไวต่อแสง <input type="checkbox"/> ช้ำ <input type="checkbox"/> ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง เปลือกตา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> แดง <input type="checkbox"/> ซีด</p>

จมูก Nose	ดู ลักษณะภายนอก ขนาด <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ใหญ่กว่าปกติ ความสมมาตร <input type="checkbox"/> เท่ากันทั้ง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> ไม่เท่ากัน ดู ภายในช่องจมูก ผงกั้นช่องจมูก <input type="checkbox"/> ตรง <input type="checkbox"/> เอียง บวม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่..... แผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุขนาดและตำแหน่ง..... ก้อนเนื้องอก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุขนาดและตำแหน่ง..... ใช้ไฟฉายส่องดูในรูจมูก น้ำมูก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ใส <input type="checkbox"/> ชัน <input type="checkbox"/> สี..... เลือดกำเดา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีพบข้าง..... เยื่อจมูก <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวมแดง <input type="checkbox"/> บวมซีด อื่นๆ.....
ปาก Mouth	ดู ลักษณะภายนอก ริมฝีปาก สี <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ซีด <input type="checkbox"/> แดง บวม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี แผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.. ดู ภายในช่องปาก ฟัน <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ฟันผุ <input type="checkbox"/> ฟันคุด เหงือก <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> อักเสบ <input type="checkbox"/> เป็นแผล ลิ้น <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ฝ้าหนา <input type="checkbox"/> มันลิ้น จุดแดงที่กระพุ้งแก้ม/เพดานปาก/ลิ้นไก่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีพบที่..... จุดค็อปลิค (Koplik spot) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีพบที่..... เยื่อบุคอ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> แดง ระบุขนาด.... เล็กน้อย ปานกลาง มาก แผ่นเยื่อสีเทา/เหลืองปนเทาในลำคอ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่..... ขากรรไกรแข็ง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
คอ Neck	ดู ลักษณะภายนอก คอแข็ง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่..... คางบวม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบข้าง..... คลำ ก้อนที่คอ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่..... หลอดเลือดคที่คอ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> โป่ง..... ต่อมน้ำเหลือง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> โต พบที่..... ขนาด.....ซ.ม. อื่นๆ
เต้านม Breast	ดู ลักษณะภายนอก ลักษณะทั่วไป/เส้นรอบเต้านม <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ ขนาด <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เล็ก <input type="checkbox"/> ใหญ่ ความผิดปกติของผิวหนัง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่..... ก้อน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุขนาดและตำแหน่ง.....

<p>เต้านม Breast (ต่อ)</p>	<p>แผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่.....</p> <p>อักเสบ/บวมแดง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่.....</p> <p>เป็นฝี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่.....</p> <p>มีเส้นเลือดโป่งพอง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่.....</p> <p>ห้วนม ลักษณะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ห้วนมบอด</p> <p>มีรอยบวมของห้วนมและฐานนม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่.....</p> <p>มีของเหลวไหลออกจากห้วนม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่.....</p> <p>คลำ ลานนม/รอบเต้านม <input type="checkbox"/> ก้อน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่.....</p>
<p>ทรวงอกและปอด Thorax and lung</p>	<p>ดู ลักษณะภายนอก รูปร่างทรวงอกทั่วไป <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>แผล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>ก้อน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>ความพิการ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>ลักษณะการหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> หอบ</p> <p>หลอดลม <input type="checkbox"/> อยู่ตรงกลาง <input type="checkbox"/> เบี้ยวไปข้าง.....</p> <p>การเคลื่อนไหวของปอด <input type="checkbox"/> เท่ากัน 2 ข้าง <input type="checkbox"/> ไม่เท่ากัน</p> <p>คลำ ทรวงอกทั่วไป กดเจ็บ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่.....</p> <p>เคาะ เสียงเคาะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ทึบ <input type="checkbox"/> โป่ง</p> <p>ฟัง เสียงหายใจ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสียงค่อย พบที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> เสียงอืดค่อย พบที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> เสียงกรอบแกรบ พบที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> เสียงวี๊ด พบที่.....</p>
<p>หัวใจ Cardiovascular</p>	<p>ดู จังหวะการเต้น <input type="checkbox"/> สม่ำเสมอ ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอครั้ง/นาที</p> <p>ฟัง เสียงฟู่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่.....</p> <p>คลำ ซีพจร ระบุตำแหน่งที่คลำ.....อัตรา..... ครั้ง/นาที</p>
<p>ท้อง Abdomen</p>	<p>ดู ลักษณะภายนอก รูปร่าง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> อืด</p> <p>หลอดเลือดพองที่หน้าท้อง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่.....</p> <p>รอยผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่.....</p> <p>ท้องมาน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุขนาด.....</p> <p>ฟัง ลำไส้เคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ได้ยินเลย</p> <p>เคาะ ท้อง เสียงเคาะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> โป่ง <input type="checkbox"/> ทึบ</p>

ท้อง Abdomen (ต่อ)	คลำ ท้องแข็ง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุขนาดและตำแหน่ง..... อากการกดเจ็บ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่..... อากการกดปล่อยแล้วเจ็บ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่..... คลำ ก้อน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี พบที่.....ขนาด.....ซม กดเจ็บ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
แขนขา Extremities	ดู ลักษณะภายนอก รูปร่าง <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีความพิการ บวม <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> บวม ระบุขนาด..... ข้อ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> แดง พบที่..... กำลังกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> แข็งแรง <input type="checkbox"/> อ่อนแรง พบที่..... <input type="checkbox"/> อัมพาต (ยกไม่ได้) พบที่ นิ้วมือ <input type="checkbox"/> ไม่ปวม <input type="checkbox"/> ปวม ฝ่ามือ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ชีด <input type="checkbox"/> แดง
ระบบประสาท Neurologic	ระดับความรู้สึกตัว <input type="checkbox"/> ดี ซึม <input type="checkbox"/> เอะอะ <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว ความจำ <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่มี คำพูด <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ

ข้อเสนอแนะของอาจารย์ประจำฐานที่ 3

.....

ลงนามอาจารย์ประจำฐานที่ 3

.....

วันเดือนปีที่ฝึกปฏิบัติ

.....

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....
วันที่.....สถานที่ฝึก.....

ทักษะที่ 4 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....

สถานที่ฝึก.....

ผลการตรวจเต้านม.....
.....
.....

คำแนะนำที่ให้.....
.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์ประจำฐานที่ 4

.....
.....

ลงนามอาจารย์ประจำฐานที่4.....
.....

วันเดือนปีที่ฝึกปฏิบัติ

.....

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....

วันที่.....สถานที่ฝึก.....

ทักษะที่ 5 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....

สถานที่ฝึกโรงพยาบาล.....

วันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

ชื่อ-ชื่อสกุลผู้รับบริการ.....อายุ.....ปี.....H.N.....

ระบุชนิดวัคซีนที่ให้.....

และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้รับบริการ.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์ประจำฐานที่ 5

.....

.....

ลงนามอาจารย์ประจำฐานที่ 5

.....

.....

วันเดือนปีที่ฝึกปฏิบัติ

.....

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....
วันที่.....สถานที่ฝึก.....

ทักษะที่ 6 การทำแผลชนิดต่างๆ และการพันแผล

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....
สถานที่ฝึกโรงพยาบาล.....

วันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

ชื่อ-ชื่อสกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี.....H.N.....

ระบุชนิดของการทำแผล

ชนิดแห้ง ชนิดเปียก

ชนิดของการพันแผล

ชนิดวงกลม ชนิดเกลียว ชนิดเลขแปด

และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์ประจำฐานที่ 6

ลงนามอาจารย์ประจำฐานที่ 6

วันเดือนปีที่ฝึกปฏิบัติ

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....
วันที่.....สถานที่ฝึก.....

ฐานที่ 7 การเช็ดตัวลดไข้

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....

สถานที่ฝึก.....

วันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

ชื่อ-ชื่อสกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี..... H.N.....

การวินิจฉัยโรค หอผู้ป่วย

ระบุวิธีการเช็ดตัวตัวลดไข้.....

และคำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วย/ญาติ.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์ประจำฐานที่ 7

.....
.....

ลงนามอาจารย์ประจำฐานที่ 7

.....
.....

วันเดือนปีที่ฝึกปฏิบัติ

.....

ชื่อ-สกุลนักศึกษา.....รหัสนักศึกษา.....
วันที่.....สถานที่ฝึก.....

ฐานที่ 8 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ระบุวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.....
และคำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วย/ญาติ.....
.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์ประจำฐานที่ 8

.....
.....

ลงนามอาจารย์ประจำฐานที่ 8

.....
.....

วันเดือนปีที่ฝึกปฏิบัติ

.....