

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

สถานที่ฝึกโรงพยาบาล.....วันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

แบบฟอร์มการฝึกตามมอบหมาย (8 ทักษะ)

ของภาคการศึกษาที่ ปีการศึกษา.....

ทักษะที่ 1 ชักประวัติการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ลักษณะของผู้ป่วย

1. ชื่อผู้ป่วย.....HN/.....เพศ.....อายุ.....ปี

อาชีพ.....สภาพสมรส คู่ โสด ม่าย หย่า แยก

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ชื่อบิดา.....ชื่อมารดา.....

วัน.....เดือน.....ปี เกิด.....

ที่อยู่

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

วันที่มาตรวจครั้งแรก.....

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย

1. อาการสำคัญ.....

2. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....

3. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

4. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (ประวัติโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์ โรคติดต่อร้ายแรงใดๆในครอบครัว)

5. ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด หรือประวัติการเจ็บป่วยของคนในหมู่บ้าน.....

6. ประวัติส่วนตัว.....

7. ปัญหาสุขภาพที่พบ.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

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

ทักษะที่ 2 การตรวจวัดสัญญาณชีพ (TPR & BP)

ชื่อ-ชื่อสกุลผู้ป่วย.....H.N.....
การวินิจฉัยโรคหอผู้ป่วย
ผลการวัด อุณหภูมิ องศา ซีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที
ความดันโลหิตมม.ปรอท
ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....
.....
อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

ทักษะที่ 2 การตรวจวัดสัญญาณชีพ (TPR & BP)

ชื่อ-ชื่อสกุลผู้ป่วย.....H.N.....
การวินิจฉัยโรคหอผู้ป่วย
ผลการวัด อุณหภูมิ องศา ซีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที
ความดันโลหิตมม.ปรอท
ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....
.....
อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

ทักษะที่ 2 การตรวจวัดสัญญาณชีพ (TPR & BP)

ชื่อ-ชื่อสกุลผู้ป่วย.....H.N.....
การวินิจฉัยโรคหอผู้ป่วย
ผลการวัด อุณหภูมิ องศา ซีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที
ความดันโลหิตมม.ปรอท
ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....
.....
อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

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

สถานที่ฝึกโรงพยาบาล.....วันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

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

สถานที่ฝึกวันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

ทักษะที่ 3 การประเมินอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น

ชื่อ-ชื่อสกุลผู้ป่วย.....H.N.....

การวินิจฉัยโรคห่อผู้ป่วย/สถานที่.....

การตรวจวัดสัญญาณชีพ

อุณหภูมิ ° ซีฟจร.....ครั้ง/นาที หายใจครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....มม.ปรอท

น้ำหนักตัว.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ค่าBMI =

การบันทึกผลการตรวจร่างกาย

อาการทั่วไป General Appearance	ความรู้สึกตัว		ดี	ซึม	อะอะ	ไม่รู้สีกตัว
	รูปร่าง		อ้วน	ปานกลาง	ผอม	
	ท่าเดิน		ปกติ	ต้องมีคนพยุงเดิน	นั่งรถเข็น	
ผิวหนัง Skin	ดู	สีผิวทั่วไป	ปกติ	ซีด	เหลือง	เขียว
		ผื่น ตุ่ม จ้ำ	ไม่มี	มี โปรดระบุตำแหน่งที่พบและขนาด		
		แผลหรือฝี	ไม่มี	มี โปรดระบุตำแหน่งที่พบและขนาด		
		ผิวหนังเหี่ยวย่น	ไม่มี	มี โปรดระบุตำแหน่งที่พบและขนาด		
		เล็บมือเล็บเท้า	ปกติ	ซีด	เหลือง	เขียว
		ลักษณะของผิวหนัง	ปกติ	แห้ง	ชุ่มชื้น	
ศีรษะ Head	ดู ผม	สีผมธรรมชาติ	สีดำ	สีน้ำตาล		
		ย้อมสีผม	ย้อมสีผม	ไม่ย้อมสีผม		
		ลักษณะของเส้นผม	ละเอียด	หยาบ		
		เทา/ไขเทา	ไม่มี	มี โปรดระบุตำแหน่งที่พบและขนาด		
	ดู หน้า ศีรษะ	ลักษณะ	สะอาด	มีรังแค		
		แผล	ไม่มี	มี โปรดระบุตำแหน่งที่พบและขนาด		
		ก้อน	ไม่มี	มี โปรดระบุตำแหน่งที่พบและขนาด		
		คลำ	ก้อนหนังศีรษะกดเจ็บ	ไม่มี	มี โปรดระบุตำแหน่งที่พบและขนาด	

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

สถานที่ฝึกโรงพยาบาล.....วันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

หน้า Face	ดู	ลักษณะภายนอก	ปกติ	ซีด	แดง	เหลือง	
		ปากเขียว	ไม่มี	มี พบที่			
	กลิ่น	ไม่มี	มี ระบุขนาดและตำแหน่ง				
คลำ	ทั่วใบหน้ากดเจ็บ		ไม่มี	มี พบที่			
หู Ears	ดู ลักษณะ ภายนอก	ติ่งหู	ยาว	สั้น			
		ใบหู	ปกติ	ไม่ปกติ โปรดระบุ			
			เท่ากันทั้ง 2 ข้าง			ไม่เท่ากันทั้ง 2 ข้าง	
		บวม	ไม่มี	มี ระบุขนาดและตำแหน่ง			
		แผล	ไม่มี	มี ระบุขนาดและตำแหน่ง			
		กลิ่น	ไม่มี	มี ระบุขนาดและตำแหน่ง			
		รอยเจาะบริเวณใบหู	ไม่มี	มี			
	ตำแหน่งของใบหู	อยู่บริเวณเดียวกับหางตา			ต่ำกว่าหางตา		
	คลำ	ใบหู	ไม่มีกดเจ็บ			มีกดเจ็บ	
	ดูภายใน รูหู ใช้ ไฟฉาย ส่อง ที่ ละข้าง	ขี้หู	ไม่มี	มี			
		น้ำเหลืองไหล	ไม่มี	มี			
		มีอาการ หูอื้อ	ไม่มี	มี			
		มีอาการ หูหนวก	ไม่มี	มี			
ตา Eyes	ดู ลักษณะ ภายนอก	สี	ปกติ	เหลือง	แดง		
		บวม	ไม่มี	มี พบที่			
		ซีดตา	ไม่มี	มี พบที่			
		กึ่งยิง	ไม่มี	มี พบที่			
		กระจกตา	ใส	ขุ่น	เป็นแผล		
		แก้วตา	ใส	ขุ่น			
		รูม่านตา	เท่ากัน 2 ข้าง ขนาดม.ม.				
			ไม่เท่ากัน ขนาด ซ้าย.....ม.ม. ขวา.....ม.ม.				
ไวต่อแสง	ชัด		ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง				
เปลือกตา	ปกติ	แดง	ซีด				

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

สถานที่ฝึกโรงพยาบาล.....วันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

จมูก Nose	ดู ลักษณะ ภายนอก	ขนาด		ปกติ	ใหญ่กว่าปกติ			
		ความสมมาตร		เท่ากันทั้ง 2 ข้าง			ไม่เท่ากัน	
	ดู ภายใน ช่องจมูก	ผนังชั้นช่องจมูก		ตรง	เอียง			
		บวม		ไม่มี	มี พบที่			
		แผล		ไม่มี	มี ระบุขนาดและตำแหน่ง			
		ก้อนเนื้อออก		ไม่มี	มี ระบุขนาดและตำแหน่ง			
	ใช้ไฟฉาย ส่องดูใน รูจมูก	น้ำมูก		ไม่มี	ใส		ชั้น	สี....
		เลือดกำเดา		ไม่มี	มีพบข้าง.			
		เยื่อจมูก		ปกติ	บวมแดง		บวมซีด	
	อื่นๆระบุ							
ปาก Mouth	ดู ลักษณะ ภายนอก	ริมฝีปาก สี		ปกติ	ซีด		แดง	
		ริมฝีปาก บวม		ไม่มี	มี			
		ริมฝีปาก แผล		ไม่มี	มี			
	ดู ภายใน ช่องปาก	ฟัน		ปกติ	ฟันผุ		ฟันคุด	
		เหงือก		ปกติ	อักเสบ		เป็นแผล	
		ลิ้น		ปกติ	ฝ้าหนา		มันเยิ้ม	
		จุดแดงที่กระพุ้งแก้ม/ เพดานปาก/ลิ้นไก่		ไม่มี	มีพบที่			
		จุดคือปลิก (Koplik spot)		ไม่มี	มีพบที่			
		เยื่อぶคอ		ปกติ	แดง		ระบุขนาด <input type="checkbox"/> เล็กน้อย <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> มาก	
		แผ่นเยื่อสีเทา/เหลือง ปนเทาในลำคอ		ไม่มี	มีพบที่			
ชากรรไกรแข็ง		ไม่มี	มี					
คอ Neck	ดู ลักษณะ ภายนอก	คอแข็ง		ไม่มี	มีพบที่			
		คางบวม		ไม่มี	มีพบที่			

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

สถานที่ฝึกโรงพยาบาล.....วันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

คอ Neck	คำ	ก้อนที่คอ	ไม่มี	มีพบที่		
		หลอดเลือดคที่คอ	ปกติ	โป่ง		
		ต่อมน้ำเหลือง	ปกติ	โต พบที่	ขนาด	ช.ม.
	อื่นๆระบุ					
เต้านม Breast	ดู ลักษณะ ภายนอก	ลักษณะทั่วไป/เส้น รอบเต้านม	ปกติ	ไม่ปกติ		
		ขนาด	ปกติ	เล็ก	ใหญ่	
		ความผิดปกติของ ผิวหนัง	ไม่มี	มี พบที่		
		ก้อน	ไม่มี	มี ระบุขนาดและตำแหน่ง		
		แผล	ไม่มี	มี พบที่		
		อักเสบ/บวมแดง	ไม่มี	มี พบที่		
		เป็นฝี	ไม่มี	มี พบที่		
		มีเส้นเลือดโป่งพอง	ไม่มี	มี พบที่		
		ห้วงมลักษณะ	ปกติ	ห้วงมบอด		
		มีรอยบวมของห้วงม และฐานนม	ไม่มี	มี พบที่		
	มีของเหลวไหลออก จากห้วงม	ไม่มี	มี พบที่			
คำ	ลานนม/รอบเต้านม	ไม่มี	มี พบที่			
ทรวงอกและ ปอด Thorax and lung	ดู ลักษณะ ภายนอก	รูปร่างทรวงอกทั่วไป	ปกติ	ผิดปกติ ระบุ		
		แผล	ไม่มี	มี		
		ก้อน	ไม่มี	มี		
		ความพิการ	ไม่มี	มี		
		ลักษณะการหายใจ	ปกติ	หอบ		
		หลอดลม	อยู่ตรงกลาง		เบี้ยวไปข้าง..	
		การเคลื่อนไหวของ ปอด	เท่ากัน 2 ข้าง		ไม่เท่ากัน	

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

สถานที่ฝึกโรงพยาบาล.....วันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

ทรวงอกและปอด Thorax and lung	คลำ	ทรวงอกทั่วไป กดเจ็บ	ไม่มี	มี พบที่			
	เคาะ	เสียงเคาะ	ปกติ	ทึบ		โปร่ง	
	ฟัง	เสียงหายใจ	ปกติ	เสียงค่อย พบที่			
				เสียงอืดค่อย พบที่			
				เสียงกรอบแกรบ พบที่			
		เสียงวี๊ด พบที่					
หัวใจ Cardiovascular	ดู	จังหวะการเต้น	สม่ำเสมอ... ครั้ง/นาที		ไม่สม่ำเสมอ... ครั้ง/นาที		
	ฟัง	เสียงฟู่	ไม่มี	มี พบที่			
	คลำ	ชีพจร ระบุตำแหน่งที่คลำ...			อัตรา...	ครั้ง/นาที	
ท้อง Abdomen	ดู ลักษณะ ภายนอก	รูปร่าง	ปกติ	อืด			
		หลอดเลือดพองที่หน้าท้อง	ไม่มี	มี พบที่			
		รอยผ่าตัด	ไม่มี	มี พบที่			
		ท้องมาน	ไม่มี	มี ระบุขนาด			
	ฟัง	ลำไส้เคลื่อนไหว	ปกติ	มาก	น้อย	ได้ยินเลย	
	เคาะ	ท้อง เสียงเคาะ	ปกติ	โปร่ง	ทึบ		
	คลำ	ท้องแข็ง	ไม่มี	มี ระบุขนาดและตำแหน่ง			
		อาการกดเจ็บ	ไม่มี	มี พบที่			
		อาการกดปล่อยแล้วเจ็บ	ไม่มี	มี พบที่			
		ก้อน	ไม่มี	มี พบที่..	ขนาด..	ชม	
กดเจ็บ		ไม่มี	มี				
แขนขา Extremities	ดู ลักษณะ ภายนอก	รูปร่าง	ปกติ	มีความพิการ			
		บวม	ไม่มี	บวม ระบุขนาด..			
		ข้อ	ปกติ	บวม	แดง พบที่		
		กำลังกล้ามเนื้อ	แข็งแรง	อ่อนแรง พบที่...			
				อัมพาต (ยกไม่ได้) พบที่			
		นิ้วมือ	ไม่บวม	บวม			
ฝ่ามือ	ปกติ	ซีด	แดง				

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

ระบบ	ระดับความรู้สีกตัว	ดี	ซิม	เอะอะ	ไม่รู้สีกตัว
ประสาท	ความจำ	ดี	ไม่มี		
Neurologic	คำพูด	ปกติ	ไม่ปกติ		

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

ทักษะที่ 4 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

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

การวินิจฉัยโรคหอผู้ป่วย/สถานที่.....

ผลการตรวจเต้านม.....

คำแนะนำที่ให้.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

ทักษะที่ 4 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

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

การวินิจฉัยโรคหอผู้ป่วย/สถานที่.....

ผลการตรวจเต้านม.....

คำแนะนำที่ให้.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

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

สถานที่ฝึกโรงพยาบาล.....วันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

ฐานที่ 5 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

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

การวินิจฉัยโรค

ระบุชนิดวัคซีนที่ให้.....

และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

ฐานที่ 5 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

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

การวินิจฉัยโรค

ระบุชนิดวัคซีนที่ให้.....

และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

ฐานที่ 5 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

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

การวินิจฉัยโรค

ระบุชนิดวัคซีนที่ให้.....

และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

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

ฐานที่ 5 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

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

การวินิจฉัยโรค

ระบุชนิดวัคซีนที่ให้.....

และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

ฐานที่ 6 การทำแผลชนิดต่างๆ และการพันแผล

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

การวินิจฉัยโรค

ระบุชนิดของการทำแผล/พันแผล.....

และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

ฐานที่ 6 การทำแผลชนิดต่างๆ และการพันแผล

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

การวินิจฉัยโรค

ระบุชนิดของการทำแผล/พันแผล.....

และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

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

สถานที่ฝึกโรงพยาบาล.....วันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

ฐานที่ 6 การทำแผลชนิดต่างๆ และการพันแผล

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

การวินิจฉัยโรค

ระบุชนิดของการทำแผล/พันแผล.....

และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ.....

.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

ฐานที่ 7 การเช็ดตัวลดไข้

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

การวินิจฉัยโรคหอบผู้ป่วย

ระบุวิธีการเช็ดตัวตัวลดไข้.....

และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

ฐานที่ 7 การเช็ดตัวลดไข้

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

การวินิจฉัยโรคหอบผู้ป่วย

ระบุวิธีการเช็ดตัวตัวลดไข้.....

และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย/ญาติ.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

ฐานที่ 7 การเช็ดตัวลดไข้

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

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

การวินิจฉัยโรคหอผู้ป่วย
ระบุวิธีการเช็ดตัวตัวลดไข้.....
และคำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วย/ญาติ.....
ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....
.....
อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

ฐานที่ 8 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ชื่อ-ชื่อสกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี.....
การวินิจฉัยโรค
ระบุวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.....
และคำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วย/ญาติ.....
ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....
.....
อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

ฐานที่ 8 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ชื่อ-ชื่อสกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี.....
การวินิจฉัยโรค
ระบุวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.....
และคำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วย/ญาติ.....
ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....
.....
อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....

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

สถานที่ฝึกโรงพยาบาล.....วันเดือนปีที่ปฏิบัติ.....

ฐานที่ 8 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ชื่อ-ชื่อสกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี.....

การวินิจฉัยโรค

ระบุวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.....

และคำแนะนำที่ให้แกผู้ป่วย/ญาติ.....

ข้อเสนอแนะของอาจารย์.....

.....

อาจารย์ลงนาม.....วันเดือนปี.....