



Chief complaint (เกณฑ์ 1) : _____

Present illness (เกณฑ์ 2) (what, where, when, why, who, how, how many) : ผู้ป่วย ชาย หญิง อายุ _____ ปี

(เกณฑ์ 3) ไม่ได้รักษาจากที่ใดมา ก่อนมาโรงพยาบาล

Past illness (เกณฑ์ 4) :

โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ _____

การแพ้ยา และประวัติการแพ้อื่นๆ (เกณฑ์ 5) :

ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่นๆ ไม่ทราบ แพ้ ระบุ _____ อาการ _____

ประวัติอื่นๆ (เกณฑ์ 6) :

Family history ไม่มี มี ระบุ : _____

Personal history สูบบุหรี่ ไม่มี มี ระบุ : _____ ดื่มสุรา ไม่มี มี ระบุ : _____

Social history : _____ ประวัติการทำงาน อาชีพ : _____

ผู้หญิงอายุ 11-60 ปี >> ประวัติประจำเดือน ยังไม่มีประจำเดือน หมดประจำเดือน _____ เดือน _____ ปี

LMP _____ จำนวน _____ วัน PMP _____ จำนวน _____ วัน อื่นๆ ระบุ _____

กรณีเป็นเด็ก 0-14 ปี >> ประวัติ vaccination ครบ ไม่ครบ

Growth development ปกติ ผิดปกติ ระบุ : _____

Review of system (เกณฑ์ 7) :

ระบบ	ปกติ	ผิดปกติ	รายละเอียด
GA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
HEENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Respiratory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Genitourinary	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Musculoskeleton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hemarologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychiatric	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

แหล่งที่มา ของข้อมูล (เกณฑ์ 9) : ผู้ป่วย เพื่อน OPD card ไป refer ญาติ ระบุความสัมพันธ์: _____

(เกณฑ์ 8) ลงนามแพทย์ : _____

(_____)

Name of Patient	Age	HN.	AN.
-----------------	-----	-----	-----

Department or Service	Ward	Diagnosis	Attending Physician
-----------------------	------	-----------	---------------------