

แบบบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ [PHYSICAL EXAMINATION] [update 26/3/2562]

Birth Date _____ / _____ / _____ Time _____

Vital sign (เกณฑ์ 1) : BT _____ °C, PR _____ bpm, RR _____ /min, BP _____ / _____ (อายุ > 3 ปี)

WT HT (เกณฑ์ 2) : BW _____ kgs., Height _____ cms., BMI _____, BSA _____

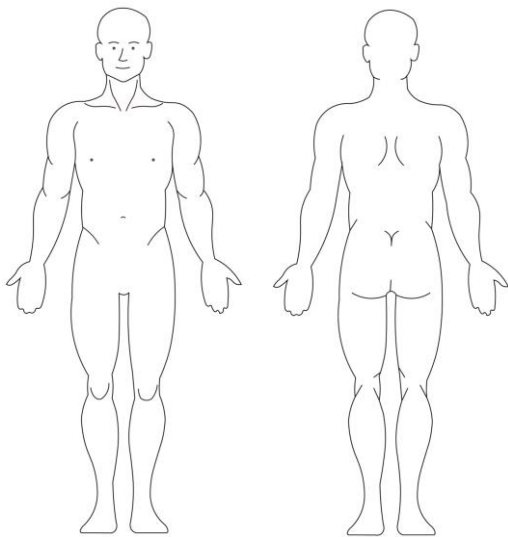
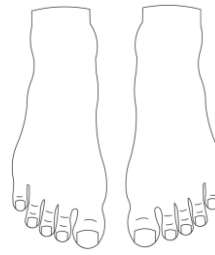
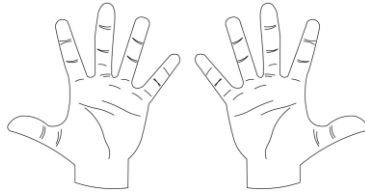
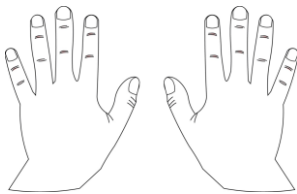
Delivery N/D V/E F/E _____ Sex Male Female Weight _____ gms

PE (เกณฑ์ 3,5) : {ดู คลำ เคาะ ฟัง}



System	Normal	Abnormal	Note
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"/>	:
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"/>	:

วาดรูป หรือ กราฟิก (เกณฑ์ 4) :



Problem list (เกณฑ์ 6) 1 _____



- 2 _____
3 _____
4 _____

Provisional diagnosis (เกณฑ์ 7) : _____

Observe Investigation Treatment Isolation



Plan (เกณฑ์ 8) 1 _____

- 2 _____
3 _____

(เกณฑ์ 9) ลงนามแพทย์ : _____

(_____)

Name of Patient	Age	HN.	AN.
Department or Service	Ward	Diagnosis	Attending Physician