



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

แบบบันทึกการส่งต่อ ผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะกลาง

โครงการการจัดระบบรับรักษา

ระบบส่งต่อและระบบติดตามการดูแลระยะกลาง intermediate care
ในผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัดและผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง



พ.ศ. 2564

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะกลางเป็นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่พ้นจากระยะวิกฤติแต่ยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองลดภาวะแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่ความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ และกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและชุมชน สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแบบบันทึกการส่งต่อผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะกลางขึ้น เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขนำไปใช้ในการบันทึกข้อมูลส่งต่อและติดตามการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง

การบาดเจ็บที่สมอง การบาดเจ็บไขสันหลัง และภายหลังกระดูกสะโพกหักซึ่งการจัดทำสมุดบันทึกนี้ได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ได้แก่ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น จังหวัดนครปฐม และโรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง จังหวัดลำปาง

กระผมขอขอบคุณคณะทำงานทุกท่านเป็นอย่างสูง ที่ได้กรุณาเสียสละเวลา อุทิศร่างกาย แรงใจ ในการจัดทำแบบบันทึกการส่งต่อผลการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะกลางจนสำเร็จลุล่วง และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแบบบันทึกฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทุกสาขาวิชาชีพ

นายแพทย์สกันต์ บุณนาค

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

แบบบันทึก Problem list & Plan for Intermediate Care (สหวิชาชีพ 1)

Diagnosis ☐ Stroke ☐ Traumatic Brain Injury (TBI) ☐ Spinal cord injury (SCI) ☐ Fracture around the hip	Underlying disease ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
Problem list วันที่ เวลา.....	Plan of management			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
☐ Hemiplegia ☐ Quadriplegia ☐ Paraplegia	☐ ตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ ☐ ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ☐ วางแผนการให้บริการ ☐ Gait aids: เครื่องช่วยเดิน ☐ Wheelchair	☐ กระตุ้น ambulate ☐ กระตุ้นญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ☐ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ☐ ประสานเตรียมปรับสภาพบ้าน	☐ Exercise training ☐ Functional training ☐ Bilateral movement training ☐ Transfer training ☐ Ambulation training ☐ Home program ☐ อื่นๆ.....	☐ ADL evaluation and training ☐ Hand function training ☐ ประเมินการปรับสภาพบ้าน ☐ Home program ☐ อื่นๆ.....
☐ Postural hypotension	☐ ประเมินและให้การวินิจฉัย ☐ Check CBC/correct anemia	☐ Elastic bandage ที่ขา ☐ abdominal binder ☐ ปรับหัวเตียงสูงให้สม่ำเสมอ	☐ check BP ก่อนยกหัวสูง ☐ Tilt table ☐ reclining wheelchair	☐ ใช้ reclining wheelchair ขณะฝึก
☐ Spasticity ☐ Contracture	☐ ประเมิน ROM ☐ ยาลดเกร็ง (เช่น baclofen) ☐ Plastic AFO	☐ จัดท่านอนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด	☐ ROM exercise ☐ Stretching exercise ☐ Physical modality	☐ ROM exercise ☐ Stretching exercise ☐ Orthosis
☐ Shoulder subluxation ☐ Shoulder hand syndrome	☐ Shoulder sling ☐ Prednisolone (for shoulder Hand syndrome)	☐ ROM exercise ☐ Strengthening exercise ☐ Positioning	☐ จัดท่านอน+นั่งอย่างถูกต้อง ☐ หลีกเลี่ยงการดึง กดทับแขน ☐ เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง	☐ Shoulder sling ☐ Strengthening exercise ☐ Positioning
☐ Neuropathic pain	☐ วินิจฉัย+ประเมินความรุนแรง ☐ Neuropathic drug	☐ Patient education	☐ TENS ☐ Patient education	☐ Diversional activities ☐ Patient education
☐ Dysphagia	☐ พิจารณา on หรือ off NG - tube หรือ NG + oral ตามผลประเมินการกลืน ☐ ประเมินสภาวะโภชนาการ (ประสานนักโภชนาการ)	☐ ประเมินการกลืน ☐ ดูแลความสะอาดช่องปาก ☐ จัดท่า/ป้องกันการสำลัก ☐ ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ขณะทานอาหาร		☐ ประเมินการกลืน ☐ ฝึกกลืน ☐ ฝึกการแปร่งฟัน/ดูแลความสะอาดช่องปาก
☐ Aphasia ☐ Dysarthria	☐ จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global	☐ ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น ☐ ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	☐ ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น ☐ ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	☐ ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น ☐ ใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสาร
☐ Neglect	☐ ประเมินและให้การวินิจฉัย	☐ กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง ☐ แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	☐ กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง ☐ แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	☐ กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง ☐ แนะนำปรับสภาพแวดล้อม
☐ Neurogenic bladder	☐ Intermittent cath ☐ CIC program ☐ Retain Foley's cath	☐ Intermittent cath ☐ CIC program ☐ Foley's cath ☐ Bladder training	☐ Train toilet transfer	☐ ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า ☐ ฝึกทำความสะอาดร่างกาย ☐ ฝึกการใช้งานมือ
☐ Neurogenic bowel	☐ ให้ยาระบาย ☐ Order สวนอุจจาระ	☐ ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ☐ สวนอุจจาระ ☐ กระตุ้น ambulate	☐ Train toilet transfer ☐ Active exercise ☐ Ambulation	☐ Train toileting ☐ ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า ☐ ฝึกทำความสะอาดร่างกาย
☐ Pressure ulcer grade.....	☐ Debridement ☐ Antibiotic ☐ Nutrition	☐ Assess risk/เลือกแผ่นรองที่เหมาะสม ☐ Dressing wound ☐ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	☐ Train weight relief/shifting in bed and in wheelchair	☐ Provide proper form seat cushion

แบบบันทึก Problem list & Plan for Intermediate Care (สหวิชาชีพ 2)

นักจิตวิทยาคลินิก		นักโภชนาการ	
Problem list	Plan of management	Problem list	Plan of management
☐ Cognitive deficits	☐ Cognitive training ☐ Behavior therapy ☐ Care giver Education ☐ Care giver training (Stress management, communicate skills)	☐ Malnutrition/ Underweight	☐ ประเมินภาวะโภชนาการ ☐ Nutrition therapy ☐ Counselling / Nutrition education (Patient and/or Care giver) ☐ กำกับและติดตาม
☐ Mood (Depression, Anxiety, Stress)	☐ Counseling CBT Behavior therapy Stress management	☐ Overweight/ Obesity	☐ ประเมินภาวะโภชนาการ ☐ Nutrition therapy ☐ Counselling / Nutrition education (Patient and/or Care giver) ☐ กำกับและติดตาม
☐ Sleep disorder	☐ Sleep hygiene ☐ CBT ☐ Behavior therapy	☐ NCDs	☐ ประเมินภาวะโภชนาการ ☐ Nutrition therapy ☐ Counselling / Nutrition education (Patient and/or Care giver) ☐ กำกับและติดตาม
☐ อื่นๆ.....		☐ อื่นๆ.....	☐ ประเมินภาวะโภชนาการ ☐ Nutrition therapy ☐ Counselling / Nutrition education (Patient and/or Care giver) ☐ กำกับและติดตาม

แบบบันทึก Team Meeting Report

สรุปประเด็น		วันที่..... เวลา											
การเตรียมบ้าน หรือ ปรับสภาพบ้าน		☐ เตียงผู้ป่วย		☐ ประสานกองทุนฟื้นฟูจังหวัด		☐ ปรับสภาพบ้าน.....						☐ วัสดุอุปกรณ์.....	
		☐ ที่นอนลม		☐ อื่นๆ.....									
Problem (✓ or ✕)						Goal/Plan of management							
☐ ADL.....						Level of Assistance ☐ Independent ☐ Minimal assist ☐ Moderate assist ☐ Maximal assist							
☐ Ambulation.....						☐ Walk with..... ☐ Bed mobility/sitting balance ☐ Wheelchair ☐ Physiologic standing ☐ Bed ridde							
☐ Swallowing.....						☐ NG tube ☐ NG tube +-oral ☐ Oral (☐ Compensate ☐ Positioning ☐ Diet modification)							
☐ Bowel.....						☐ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป/แผ่นรองกันเปื้อน ☐ ใช้ยาระบาย/หรือสวนอุจจาระ ☐ ควบคุมอุจจาระได้เอง							
☐ Bladder.....						☐ On Foley's cath ☐ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป/แผ่นรองกันเปื้อน ☐ CIC (intermittent cath) ☐ condom ☐ ควบคุมปัสสาวะได้เอง							
☐ Mood..... ☐						☐ ☐ ☐ ☐							
☐ Cognitive ☐						☐ ☐ ☐ ☐							
☐ Nutrition.....						☐ ☐ ☐ ☐							
☐ Caregiver..... ☐						☐ Caregiver training ☐ ☐ ☐							
แผนการดูแลต่อเนื่อง (ตามรายชื่อทีมสหวิชาชีพ)													
☐ Doctor (ชื่อ)						☐ นัด follow up ☐ Plan admit เพื่อฟื้นฟูอีกครั้ง ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ อื่นๆ.....							
☐ PT (ชื่อ)..... OT (ชื่อ).....						☐ ผูกต่อแบบ OPD case ☐ Home program / สอนญาติ ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ อื่นๆ.....							
☐ พยาบาลวิชาชีพ (ชื่อ)						☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ อื่นๆ..... ☐ ส่งต่อ รพ.สต. /PCC /HHC							
☐ Psychologist/Psychiatric nurse (ชื่อ)						☐ นัด follow up..... ☐ อื่นๆ..... ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ ผูกต่อแบบ OPD case							
☐ แพทย์แผนจีน (ชื่อ)						☐ รักษาต่อแบบ OPD case ☐ นัด follow up.....							
☐ แพทย์แผนไทย (ชื่อ)						☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน ☐ อื่นๆ.....							
☐ Nutritionist (ชื่อ)						☐ นัด follow up..... ☐ อื่นๆ..... ☐ ☐ ติดตามเยี่ยมบ้าน							
ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน	รายละเอียด Modified Barthel Index										คะแนน รวม	
		Feeding (0,1,2)	Grooming (0,1)	Transfer (0,1,2,3)	Toilet use (0,1,2)	Mobility (0,1,2,3)	Dressing (0,1,2)	Stairs (0,1,2)	Bathing (0,1)	Bowels (0,1,2)	Bladder (0,1,2)		20
admit													
D/C													

แบบบันทึก PATIENT AND FAMILY DISCHARGE PLANNING

รายการ	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2
โรค (Diagnosis)	☐ ประเมินความรู้เรื่องโรคสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ต้องรู้ และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ (pre-test โดยใช้แบบประเมิน) ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน.....	☐ ทบทวนความรู้เรื่องโรคสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ต้องรู้ และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ ผู้ทบทวน..... วันที่ทบทวน.....
	☐ ให้ความรู้เรื่องโรคสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ต้องรู้ และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ ผู้สอน..... วันที่สอน.....	☐ ประเมินความรู้เรื่องโรคสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ต้องรู้ และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ (post-test โดยใช้แบบประเมิน) ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน.....
การใช้ยา (Medication)	☐ ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาในเรื่องชื่อยา ขนาดที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน.....	☐ ทบทวนความรู้เรื่องยา วิธีการใช้ยา และข้อควรระวัง ผู้ทบทวน..... วันที่ทบทวน.....
	☐ ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ชื่อยา ขนาดที่ใช้และข้อควรระวังในการใช้ยา ผู้สอน..... วันที่สอน..... ผู้ทบทวน.....	☐ จัดเตรียมยากลับบ้านและทบทวนชื่อยา ขนาด วิธีใช้ยาตามหน้าของยาเมื่อกลับบ้าน ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน.....
สภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจ (Environment & Economic)	☐ ประเมินสภาพแวดล้อมภายในภายนอกบ้านที่ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหรือที่เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม ☐ การปรับสภาพบ้าน ☐ การประเมินเตรียมความพร้อมผู้ดูแลหลัก ☐ ประเมินอาชีพ รายได้ในครอบครัว ☐ ประเมินความจำเป็นของการซื้ออุปกรณ์ช่วยเดินหรือรถเข็นและประสานงานช่วยในการจัดหาจัดซื้อ ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน.....	☐ ติดตามการจัดบ้านและปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ☐ ประเมินและบันทึกปัญหาที่ยังคงอยู่เพื่อติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน.....
	☐ แนะนำผู้ป่วยและญาติจัดบ้านและสภาพแวดล้อม ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ผู้สอน..... วันที่สอน.....	

แบบบันทึก PATIENT AND FAMILY DISCHARGE PLANNING

รายการ	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2
การรักษาทั่วไป (Treatment)	☐ ประเมินความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดปากฟันและร่างกาย การจัดท่านอน การพลิกตะแคงตัว การใส่เสื้อผ้า การทำกายภาพบำบัด ประเมินการกลืน การบริหารปาก ลิ้น การฝึกพูด การให้อาหารทางสายยาง การทำอาหารปั่น ดูแลสายสวนปัสสาวะและการขับถ่าย ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน..... ☐ อธิบาย สาธิต หรือแนะนำเกี่ยวกับการทำความสะอาด ปาก ฟัน และร่างกาย การฝึกพูด การพลิกตะแคงตัว การใส่เสื้อผ้า การให้อาหารทางสายยาง การทำอาหารปั่น การดูแลสายสวนปัสสาวะและการขับถ่าย ผู้สอน..... วันที่สอน.....	☐ สาธิตหรือแนะนำและให้สาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปากร่างกาย การจัดท่านอน การพลิกตะแคงตัว การใส่เสื้อผ้า การทำกายภาพบำบัด การให้อาหารทางสายยาง การทำอาหารปั่น ดูแลสายสวนปัสสาวะ ผู้ทบทวน..... วันที่ทบทวน..... ☐ ประเมินความพร้อมผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลในแต่ละกิจกรรมและทบทวนก่อนกลับบ้านในส่วนที่ขาด ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน.....
ภาวะสุขภาพ (Health)	☐ ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ข้อติด ข้อหลุด การกลับเป็นซ้ำการป้องกัน fall ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน..... ☐ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ข้อติด ข้อหลุด การกลับเป็นซ้ำ การป้องกัน fall ผู้สอน.....วันที่สอน.....	☐ ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ข้อติด ข้อหลุด การกลับเป็นซ้ำ การป้องกัน fall ผู้ทบทวน..... วันที่ทบทวน..... ☐ ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน.....
แหล่งประโยชน์ในชุมชน และการส่งต่อ (Outpatient & Referral)	☐ ประเมินแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือในชุมชน เช่น โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน..... ☐ วางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การเปลี่ยนสายยางให้อาหาร การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การปรับสภาพบ้าน เป็นต้น ผู้สอน..... วันที่สอน.....	☐ แนะนำสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ☐ ประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วยไปใช้บริการ ☐ ทบทวนสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและบุคลากรในชุมชนที่สามารถขอความช่วยเหลือ ผู้ทบทวน..... วันที่ทบทวน..... ☐ วันที่นัดตรวจ.....แพทย์..... ผู้ทำนายนัดหมาย..... วันที่ออกใบนัด.....

แบบบันทึก PATIENT AND FAMILY DISCHARGE PLANNING

รายการ	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2
อาหาร (Diet)	☐ ประเมินภาวะโภชนาการ ☐ ประเมินความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและอาหารเฉพาะโรค ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน..... ☐ สอนเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับภาวะโภชนาการและอาหารเฉพาะโรค ☐ แนะนำเรื่องการเลือกอาหารไขมันน้อย หวานน้อย เค็มน้อย สูตรอาหารปั่น การเตรียมและการปรุง ผู้สอน..... วันที่สอน.....	☐ ทบทวนความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ผู้ทบทวน..... วันที่ทบทวน..... ☐ ติดตามประเมินความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและส่งต่อข้อมูลที่เป็นปัญหาที่ควรได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยม ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน.....
Mental Health	☐ ประเมินภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม การนอนหลับและความเหมาะสมในการปรับตัวภายหลังการเจ็บป่วย ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน..... ☐ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า การผ่อนคลาย ความเครียด การทำกิจกรรมนันทนาการ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและความจำเป็นของการพบจิตแพทย์จากภาวะดังกล่าว ผู้สอน..... วันที่สอน.....	☐ ทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า การผ่อนคลายความเครียด การทำกิจกรรมนันทนาการ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและความจำเป็นของการพบจิตแพทย์จากภาวะดังกล่าว ผู้ทบทวน..... วันที่ทบทวน..... ☐ ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ผู้ประเมิน..... วันที่ประเมิน.....
ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการวางแผนการจำหน่าย	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
การแก้ไข		

แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วย (เพื่อรับการรักษาคต่อ)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ

เรียน

ตามที่ผู้ป่วยชื่อ-นามสกุล อายุ ปี

ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์

ได้มารับการรักษาด้วยอาการ

.....
.....
.....

ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น

.....
.....
.....
.....

จึงขอส่งตัวผู้ป่วย เพื่อวินิจฉัยโรค/รับการรักษาคต่อ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้รับอนุญาตสถานพยาบาล/ผู้แทน

แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย (กายภาพบำบัด)

เลขที่ /.....

ว/ด/ป

จาก (ชื่อสถานพยาบาล)

เรียน

ผู้ป่วยชื่อ-นามสกุล เพศ..... อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

สิทธิการรักษา อาชีพ

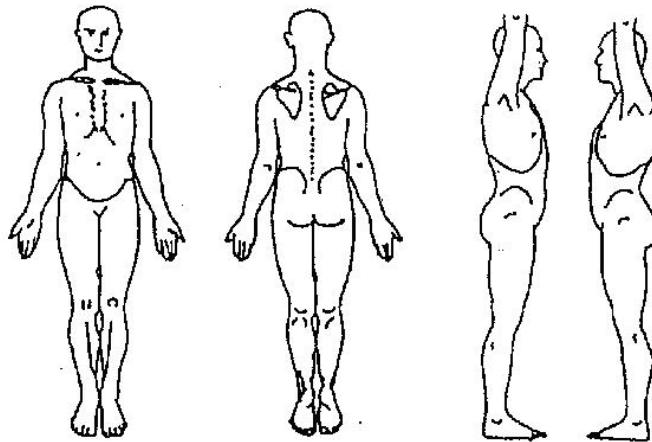
การวินิจฉัยของแพทย์.....

โรคประจำตัว.....

การวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด.....

อาการสำคัญ.....

ประวัติปัจจุบัน การตรวจประเมินทางกายภาพบำบัด และการรักษาที่ได้รับ



.....

.....

.....

.....

.....

ส่งต่อเพื่อ.....

ข้อห้าม/ข้อควรระวัง.....

การแจ้งกลับผลการรักษาทางกายภาพบำบัด ☐ ต้องการ/ระยะเวลา..... ☐ ไม่ต้องการ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

นักกายภาพบำบัด ใบประกอบวิชาชีพเลขที่.....

คณะผู้จัดทำ

1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

นายแพทย์สกันต์ บุณนาค	ผู้อำนวยการ
แพทย์หญิงพัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว	นายแพทย์ปฏิบัติการ
ดร.อภิวรรณ ญัฐมนวรกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวนิสสรา แผ่นศิลา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

2. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

แพทย์หญิงสุประวีณ์ โอภาเฉลิมพันธุ์	นายแพทย์ชำนาญการ
นางกรชนก พรชัยภูมิ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางบุษย์ณกมล เรืองรักเรียน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาววาสนา มากผาสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวปาริส ผุยพานิชย์สิริ	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
นางสาวพูนศรี ไชยทองเครือ	นักโภชนาการปฏิบัติการ

3. สถาบันประสาทวิทยา

แพทย์หญิงทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นางสาวธีราภรณ์ ผุดผ่อง	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
นางนิตยา คล่องยุทธ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวพรทิพย์ พาธิมายอม	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ

4. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

แพทย์หญิงชมพูนุช พงษ์อัคคศิรา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นางสมจิต ร่มสุข	นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมายชำนาญการพิเศษ
นางสาวสาริณี แก้วสว่าง	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
นางสาวมณฑิชา ม่วงเงิน	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ

5. โรงพยาบาลเลิดสิน

นายประกิต เนตรหิน	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
นางสาวธฤติ สาตรศิลป์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวสุวรา พรหมวี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

6. โรงพยาบาลสงฆ์

นางระพีวรรณ อรุณสุริยศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
-----------------------------	----------------------------

7. โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม

นางสุวารี จิตต์บรรจง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางเบญจมาศ รอดแผ้วพาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสกวรัตน์ ทองสิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวประภารัตน์ แสงผ่อง	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
นางสาวจิราวรรณ ทองศรี	นักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ

8. โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น จังหวัดนครปฐม

นางวิจันทรา ตูลาวงษ์	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
นางดุชนีย์ ทองเกลี้ยง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

9. โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปางจังหวัดลำปาง

นายพิชิตชัย ชูวัฒนกุล	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
-----------------------	--------------------------



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES