

ชื่อ.....อายุ.....ปี การวินิจฉัยโรค.....เลขที่เพิ่มครอบครัว.....

แบบประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (INHOMESSS)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1.ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Immobility)

ช่วยเหลือตนเองได้ดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ระบุชนิดความพิการ.....

2.ภาวะโภชนาการ (Nutrition)

2.1 น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ค่าดัชนีมวลกาย.....กก/ม²

2.2 ลักษณะรูปร่างทั่วไป

สมส่วน อ้วนมาก

ท้วม ผอม

2.3 ลักษณะของอาหารที่รับประทาน

อาหารธรรมดา อาหารอ่อน อาหารเหลว

อาหารทางการแพทย์ระบุ..... อื่นๆระบุ.....

2.4 คุณนิสัยการรับประทานอาหาร (Service) (ใส่เครื่องหมาย P ได้มากกว่า 1 หัวข้อ)

ชอบทานรสเค็ม ชอบทานรสหวาน ชอบทานอาหารมันๆ

ชอบทานเผ็ด อื่นๆระบุ.....

2.5 อาหารเหมาะสมกับโรคหรือไม่

เหมาะสม ไม่เหมาะสม

2.6 วิธีการรับประทานอาหาร

รับประทานได้เอง ต้องให้ญาติป้อน ให้อาหารทางสายยาง

3.สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบๆ บ้าน (Home environment & Safety)

3.1 ความสะอาดในบ้าน สะอาด ไม่สะอาด

3.2 ความเป็นระเบียบเรียบร้อยในบ้าน เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย

3.3 แสงสว่างในบ้าน แสงสว่างเพียงพอ แสงไม่เพียงพอ

3.4 อากาศภายในบ้าน อากาศถ่ายเทสะดวก อากาศถ่ายเทไม่สะดวก

3.5 ความปลอดภัยในบ้าน ปลอดภัย ไม่ปลอดภัย ระบุ.....

3.6 สภาพสิ่งแวดล้อมรอบๆบ้าน (ใส่เครื่องหมาย P ได้มากกว่า 1 หัวข้อ)

ชื้นแฉะ มีน้ำขังเป็นย่ำๆ เลี้ยงสัตว์ได้ทุนบ้าน/รอบๆบ้าน ระบุชนิดของสัตว์.....

หญ้าหรือต้นไม้ขึ้นรก มีเพื่อนบ้านอาศัยอยู่รอบๆบ้านอย่างน้อย 1 หลัง

มีรั้วบ้านล้อมรอบ อื่นๆ ระบุ.....

ชื่อ.....อายุ.....ปี การวินิจฉัยโรค.....เลขที่เพิ่มครอบครัว.....

4.ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในบ้านและเพื่อนบ้าน (Other people)

- 4.1 ความสัมพันธ์ของบุคคลในบ้าน รักใคร่กันดี ทะเลาะและขัดแย้งกัน
- 4.2 ความช่วยเหลือกันของบุคคลในบ้าน ช่วยเหลือกันดีเมื่อมีปัญหา ไม่ช่วยเหลือกัน
- 4.3 บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย คือระบุนุ.....เกี่ยวข้องกับ.....
- 4.4 ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน รักใคร่ สนับสนุนกันดี ทะเลาะและขัดแย้งกัน
- 4.5 ความช่วยเหลือกันของเพื่อนบ้าน ช่วยเหลือกันดีเมื่อมีปัญหา ไม่ช่วยเหลือกัน

5.การใช้ยาและวิธีการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Medication)

- 5.1 มียาโรคประจำตัว มี ระบุนุโรค..... ไม่มี
ระบุนุชื่อยา.....
- 5.2 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
 รับประทานสม่ำเสมอ รับประทานไม่สม่ำเสมอ ไม่รับประทาน
- 5.3 วิธีการรับประทานยา
 รับประทานยาถูกต้อง(ถูกชื่อ ถูกขนาด ถูกเวลา) รับประทานยาไม่ถูกต้อง

6.การตรวจร่างกาย (Examination)

ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที อุณหภูมิ.....C

7.ความเชื่อและทัศนคติต่อสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (Spiritual Health)

(ใส่เครื่องหมาย ✓ ได้มากกว่า 1 หัวข้อ)

- 7.1 ความเชื่อต่อการเจ็บป่วย เชื่อว่าเป็นเรื่องของกรรมเวร เชื่อว่าถูกผีสิงเทวดาเข้าสิง/ลงโทษ
- เชื่อว่าเป็นเพราะกรรมพันธุ์ อื่นๆ ระบุนุ.....
- 7.2 ทัศนคติต่อการรักษา รักษาหมอน้ำมนต์/หมอมผี รักษาด้วยยาสมุนไพร
- รักษาแพทย์แผนปัจจุบัน อื่นๆ ระบุนุ.....

8.เมื่อเจ็บป่วยท่านไปรับบริการที่ใด (Service) (ใส่เครื่องหมาย P ได้มากกว่า 1 หัวข้อ)

- โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน
- ศูนย์สุขภาพชุมชน ร้านขายยา อื่นๆ ระบุนุ.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

ตำแหน่ง.....

วันที่บันทึก.....