

แบบตอบกลับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

โรงพยาบาล/รพสต.....เยี่ยมครั้งที่

ชื่อ-สกุลผู้ป่วยที่ติดตามเยี่ยม..... อายุ.....ปี.....

ที่อยู่.....

ญาติที่ดูแลผู้ป่วยชื่อ..... อายุ.....ปี.....

อาชีพ.....

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว.....

.....

*หากไม่พบผู้ป่วย โปรดระบุเหตุผล.....

การประเมินผู้ป่วย

1. Immobility การเคลื่อนไหว/ความสามารถในการดูแลตนเอง.....

.....

2. Nutrition อาหาร

.....

3. Housing สภาพบ้าน.....

.....

4. Other People สัมพันธภาพในครอบครัว/เพื่อนบ้าน.....

.....

6. Examinations การตรวจร่างกาย.....

.....

7. Safety ความปลอดภัย.....

.....

8. Spiritual จิตวิญญาณ.....

.....

9. Service แหล่งให้บริการ.....

ปัญหาที่พบ/การดูแลที่ให้/การดูแลตามแผนการดูแลที่ทางโรงพยาบาลวางไว้/การประเมิน

แผนการดูแล/ปัญหาที่พบ	การดูแล/ช่วยเหลือ	ผลการดูแล/การประเมิน

ความต้องการให้โรงพยาบาลช่วยเหลือหรือสนับสนุน.....

สรุปสภาพผู้ป่วยหลังได้รับการดูแล

- สามารถสิ้นสุดการเยี่ยมได้
- สมควรได้รับการติดตามเยี่ยมต่อ
- สมควรส่งต่อมาโรงพยาบาลพิจิตร

ลงชื่อผู้ติดตามเยี่ยม

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี