

แบบฟอร์มการ Consult การเยี่ยมบ้านโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

วันที่.....

Main problem Palliative Chronic illness Intermediate case

.....

ชื่อ-สกุล HN.....

อายุ ปี อาชีพ สิทธิการรักษา

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

โรคประจำตัว

ยา

.....

Status Independence (ไม่พึ่งพิง) Partial-dependence (พึ่งพิงบางส่วน)

Total-dependence (พึ่งพิงทั้งหมด)

Family Genogram (ผังเครือญาติ)

การเยี่ยมบ้านก่อนหน้านี้ จำนวน ครั้ง

Management (การจัดการดูแล) ที่เคยได้รับ

.....

.....

ผู้ส่ง consult.....หน่วยงานเบอร์โทรศัพท์