

แบบบันทึกหลังการเยี่ยมบ้าน

เยี่ยมวันที่

ชื่อ-สกุล HN.....

อายุ ปี อาชีพ สิทธิการรักษา

ทีมผู้เยี่ยม

Main problem Palliative Chronic illness Intermediate case

.....

โรคประจำตัว

ประเมิน INHOMESSS

Immobility

.....

Nutrition.....

.....

Home environment.....

.....

.....

Other people.....

.....

Medication.....

.....

.....

Physical examination

General appearance

V/S: BTCHRRR PRBP mmHg DTX mg%

HEENT

Heart

Lung

Abdomen

Neuro

Extremity

Mental Examination

Safety.....

Spiritual

Service

Problem list & management(ปัญหา/แนวทางการดูแล)

Problem Bio-Psycho-Social (ปัญหาทั้งด้านร่างกาย/ จิตใจ/อารมณ์/สังคม)	Management (การจัดการดูแล)	Plan (แผนการดูแล)

การวางแผนดูแลครั้งต่อไป ปิด Home Visit โดยแพทย์ เชื่อมต่ออีก สัปดาห์/เดือน

อื่นๆ

ลงชื่อผู้บันทึก วันที่