



แบบฟอร์มการคัดกรองสุขภาพ

สำหรับผู้จองสิทธิพักอาศัย โครงการ “ที่พักอาศัยผู้สูงอายุ รามารักษ์”

ใบรับรองแพทย์

เลขที่

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองสุขภาพให้ข้อมูลด้วยตนเอง

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว อายุ ปี เดือน
บัตรประชาชนเลขที่
สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

โทรศัพท์ (บ้าน) โทรศัพท์ (เคลื่อนที่) E-mail (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพ ดังนี้

- โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ)
- อุบัติเหตุและผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ)
- เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี (ระบุ)
- เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมหรือไม่ ไม่เคย
 เคย เมื่อ (ระบุช่วงเวลาที่ยอมรับ)
รับการรักษาที่โรงพยาบาล
- เคยมีความคิดหรือการกระทำ ดังต่อไปนี้หรือไม่
- เคยมีความคิดจะทำร้ายตนเอง ไม่เคย เคย
- เคยทำร้ายคนอื่น ไม่เคย เคย
- มีพฤติกรรมรุนแรง ไม่เคย เคย
- เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่เคย เคย
- เคยใช้สารเสพติด (เช่น ฝิ่น กัญชา มอร์ฟีน เฮโรอีน หรือ นิโคติน) ไม่เคย เคย โปรดระบุ
- การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ไม่สูบ สูบ วันละ มวน
- ประวัติอื่นที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติสุขภาพข้างต้น เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ประทับตราโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ของแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ

สถานที่ตรวจ วันที่ เดือน พ.ศ.
 ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง
 (๑) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่
 (๒) สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 ได้ตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว
 บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่
 แล้วเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้
 น้ำหนักตัว กก. ความสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มม.ปรอท - ชีพจร ครั้ง/นาที

รายการ		ผลการตรวจ
การตรวจร่างกายทั่วไป		<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ ระบุ.....
การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ วันที่	CBC	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ ระบุ.....
	Fasting blood glucose	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ ระบุ.....
	Lipid profile	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ ระบุ.....
	Serum creatinine	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ ระบุ.....
Chest X-Ray วันที่		<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ ระบุ.....

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (IADL) ตามแบบประเมินที่แนบ

- ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น
- ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบางส่วน
- ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือ ไม่ได้เลย ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก หรือ ทั้งหมด

การประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบ (Mini-Cog) ตามแบบประเมินที่แนบ ได้คะแนนรวม คะแนน

ขอรับรองว่าคุณคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือพั่นเพี้ยน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคระยะอันตราย
- (3) โรคทำข้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 (2) ต้องเป็นโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย
 โรงพยาบาลเอกชน เท่านั้น

(3) ให้แนบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลอ่านเอกซเรย์ปอด แบบการประเมิน
 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (IADL) และแบบการประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วย
 แบบทดสอบ (Mini-Cog) มาพร้อมกับใบรับรองแพทย์ด้วย

(4) ผลการตัดสินของกรรมการถือเป็นที่สุด

