

การจัดเรียงเวชระเบียนผู้ป่วยจำหน่าย

นางสาวมะลิตา ละดาตาช

ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่อนามัย

กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยใน

เวชระเบียน (medical record) หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพ้ยา เอกสารยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใดๆ ที่เป็นการสั่งรักษา การปรึกษาเพื่อการรับการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ เอกสารอื่นๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจในทางการแพทย์

การจัดเรียงเวชระเบียน หมายถึง การจัดเก็บเวชระเบียนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว เป็นการเรียงลำดับตามข้อแนะนำของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ โดยต้องเรียงลำดับวันที่และเวลา เหมือนกันทุกแผนกในโรงพยาบาลนั้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1

1. Physician discharge Summary (แบบ รง.501) (สีเขียว)

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
THAILAND

ฉบับปรับปรุง ปีพ.ศ. 2556
HEALTH PROMOTION HOSPITAL
REGIONAL HEALTH PROMOTION CENTER 5
IN PATIENT SUMMARY

1. ADMISSION NUMBER	2. PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER OR PASSPORT NUMBER	3. HOSPITAL NUMBER
4. PATIENT NAME		5. PATIENT ADDRESS
6. SEX 1. MALE (ชาย) 2. FEMALE (หญิง)	7. MENTAL STATUS 1. MENTAL STATUS 2. MENTAL STATUS	8. OCCUPATION 1. OCCUPATION 2. OCCUPATION
9. DATE OF BIRTH	10. AGE AT ADMISSION (YEAR FOR PRE-ADMISSION)	11. DATE OF ADMISSION (DAY MONTH YEAR)
12. WARD	13. ROOM	14. NURSING UNIT
15. MEDICAL HISTORY 1. MEDICAL HISTORY 2. MEDICAL HISTORY	16. SURGICAL HISTORY 1. SURGICAL HISTORY 2. SURGICAL HISTORY	17. PRESENTING COMPLAINT 1. PRESENTING COMPLAINT 2. PRESENTING COMPLAINT
18. (1) PRINCIPAL DIAGNOSIS (บันทึกโดยแพทย์)		DIAGNOSIS ICD CODING by CODER
(2) PRE-ADMISSION COMORBIDITY (S)		MAIN CONDITION (ถ้ามี)
(3) COMPLICATION (S) (POST-ADMISSION COMORBIDITY)		COMORBIDITY (S)
(4) OTHER DIAGNOSIS		COMPLICATION (S)
(5) EXTERNAL CAUSE (S) OF INJURY		OTHER (S)
19. OPERATING ROOM PROCEDURES		DATE TIME IN TIME OUT
20. IMPORTANT NON-OPERATING ROOM PROCEDURES		PROCEDURES ICD CODING by CODER
21. SPECIAL INVESTIGATIONS		MAIN (ถ้ามี) OTHER (S)
22. DISCHARGE STATUS		23. DISCHARGE TYPE
1. COMPLETE RECOVERED 2. IMPROVED 3. NOT IMPROVED 4. DECEASED 5. UNDECEASED		1. WITH APPROVAL 2. AGAINST ADVICE 3. REFUSE 4. BY TRANSFER 5. OTHER 6. DEAD, AUTOPTIC 7. DEAD, NO AUTOPTIC
ATTENDING PHYSICIAN SIGNATURE		APPROVED BY SIGNATURE

2. Clinical Summary (สีเหลือง)

Clinical Summary/เด็กแรกเกิด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสี 5 ราชบุรี AN: 63002019

ชื่อ-สกุล: HN: Admit ward:
 วัตถุประสงค์: HT: Wt:
 BT: BW: HT: cms HCF: cms Admit วันที่:
 ประวัติการเจ็บป่วย: Discharge วันที่:
 Problem or Diagnosis:
 Investigation:
 Treatment & Clinic Course:
 Home - medication:
 Result: ☐ Healthy ☐ ขึ้นๆ
 Complication: ☐ No ☐ Yes
 Plan for care:
 Plan for Health Promotion:
 Rx: ☐ Routine care
 Follow up: ☐ ตาม: เดือนตรวจสุขภาพ ☐ ขึ้นๆ

ส่วนที่บันทึกแรกเกิด	ข้อมูลการตรวจคัดกรองและได้รับตัวรักษาอื่นๆ
Vit K1 ๓๐ (๓) วันที่ ครึ่ง	TSH ๓๐๐ PKU ๓๐๐๐ ในทารกแรกเกิดแล้ว
BCG 0.1 ๓๐ (๓) วันที่ ครึ่ง	หรืออยู่ในตัวบันทึกอื่น
HB1 0.5 cc (๓) วันที่ ครึ่ง	

แพทย์ผู้รักษา

วันที่พิมพ์: ๒๕๖๓/๐๓/๐๓ ๒๕๖๓/๐๓/๐๓

3. ใบ Refer (ถ้ามี)

4.ใบยินยอมให้การรักษาพยาบาล

F-085-02.007 (แก้ไขครั้งที่ 03)
(วันที่บังคับใช้ 1 ธันวาคม 2550)

หนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อ ๑ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ซึ่งเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย
อาศัยที่ถนัดประจำตัวมีประวัติ.....
กับ ศ.ร./ศ.ญ./นาย/นาง/นางสาว..... ผู้ป่วย.....

ข้อ ๒ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบาย คณะเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี โรงพยาบาล ที่ให้การดูแลภายใต้ระบบสหเวชศาสตร์แบบบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

ข้อ ๒.๑ โรค สภาวะของโรค การวินิจฉัย

ข้อ ๒.๒ การนำโรคมาช่วยการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน การรักษาพยาบาล และ การฟื้นฟูสภาพ เช่น การใช้ยา การให้ยาระงับ ความรู้สึก การฉีดยาหรือสารเข้าร่างกาย การผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีพิเศษชนิดใด หรือวิธีการอื่น ๆ

ข้อ ๒.๓ ผลของการรักษาตามวิธีที่กล่าวมาข้างต้น รวมทั้งผลแทรกซ้อน

ข้อ ๒.๔ อาการหรือผลที่จะเกิดขึ้น กรณีที่ไม่ได้รับการรักษา หรือ ควรวินิจฉัย

ข้อ ๓ ข้าพเจ้ายินยอมให้ทีมรักษาพยาบาลทำการรักษาด้วยการนำโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ การฟื้นฟูสภาพ เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารเข้าร่างกาย การผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีพิเศษชนิดใด และ ยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัย รักษาพยาบาลอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการรักษาและระบบสหเวชศาสตร์แบบบูรณาการ รวมถึงการรักษาพยาบาลและผ่าตัดในระหว่างเจ็บ หรือ ยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันควร

ข้อ ๔ ข้าพเจ้าขอทราบว่า ทีมรักษาพยาบาลได้ให้ความระมัดระวังความพึงพอใจและพฤติการณ์ของอุปกรณ์วิชาชีพเวชกรรม ในการตรวจรักษาตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพเวชกรรม รวมทั้งทีมรักษาพยาบาลไม่สามารถรับประกันผลในการควบคุม ผลแทรกซ้อนที่เกิดโดยสภาวิชาชีพ หรือ เหตุสุดวิสัย หรือ ข้อจำกัดที่นอกเหนือการควบคุม

ข้อ ๕ ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจถึงสิทธิदानด้านประกาศสิทธิผู้ป่วยซึ่งปรากฏอยู่ท้ายหนังสือฉบับนี้

ข้อ ๖ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า

☐ ยินยอม

☐ ไม่ยินยอม ทีมรักษาพยาบาล ทำการตรวจรักษา/ข้าพเจ้า หรือ ผู้ป่วยของข้าพเจ้า

ในการให้ข้าพเจ้าได้ทราบ หรือ เจ้าหน้าที่ได้ดำเนินการให้ข้าพเจ้าฟัง และข้าพเจ้าเข้าใจข้อความทั้งหมดในเอกสาร จึงได้ลงลายมือชื่อ ไว้เป็นหลักฐาน เพื่อทีมรักษาพยาบาลจะได้ให้การดูแลรักษาตาม/ข้าพเจ้า หรือ ผู้ป่วยของข้าพเจ้า ต่อไป

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย ลงชื่อ..... พยาน
(.....) (.....)

ลงชื่อ..... ผู้แทนทีมรักษาพยาบาล ลงชื่อ..... พยาน
(.....) (.....)

ตำแหน่ง.....

5.ใบ Admission Note

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
Admission Note
(ผู้ป่วย)

History and Physical Examination

Vital sign BT.....°C P..... Times/min R..... Times/min BP...../..... mmHg BW..... Kgs HT..... cms

Chief Complaint (S.).....

Present illness (S.).....

Past history

: Underlying disease ☐ No ☐ DM ☐ HT ☐ Heart Disease ☐ TB ☐ other 1234.....

: Drug allergy ☐ No ☐ Yes 1234.....

: Addiction ☐ No ☐ Smoking ☐ Alcohol ☐ other 1234.....

: Other 1234.....

Physical Examination (O) 1234 Positive sign หรือ Negative sign ที่สำคัญ

	Normal	Abnormal
HEENT	☐	☐
Cardiovascular	☐	☐
Lung	☐	☐
Neuromuscular	☐	☐
GI	☐	☐
Genito-Urinary	☐	☐

PV : NIUB / MIUB.....

Vg.....

Cx.....

Ut.....

adh.....

oul.....

Other.....

Investigation.....

Impression (A.).....

Indication or Reason for admission.....

Plan (P.).....

Attending doctor's signature.....

F-PHY-21.003ฉบับที่ 02)
 (วันที่บังคับใช้ 1 ก.ค.47)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

Patient's Name _____ Age _____ HN _____ AN _____
 Patient's Right _____ Ward _____ Room No _____ Bed No _____

Date Hour	HPCT Note	Orders for One Day	Orders for Continuation	Date Signature

Patient's Name _____ Age _____ HN _____ AN _____
 Patient's Right _____ Ward _____ Room No _____ Bed No _____

DOCTOR'S ORDER SHEET

8.ใบเกี่ยวกับการผ่าตัด หรือ การคลอด

[illegible]

[illegible]

Post Anaesthesia Care Unit Record Health Promotion Hospital, Region 5 Ratchaburi.				Name _____ Age _____ yr Sex ☐ male ☐ Female Anaesthesia ☐ GA ☐ Epidural ☐ Spinal			
Date _____				PACU Time in _____ min			
Operation _____				Total time on PACU _____ min			
Surgeon _____							
Time _____ vital signs _____				J/C _____			
Pain _____				Status _____			
Circulation _____				Blood _____			
Consciousness _____				Urine _____			
O ₂ saturation _____				Bread loss _____			
Nursing CPGs				☐ Observe Vitals			
☐ Keep warm				☐ Observe bleeding			
☐ Observe Pain scale				☐ Record I/O			
☐ Observe Urinary contraction							
• =Hypotensive • =Hypertensive • = pulse • = respiratory Δ =Temp °C							
Post Anesthesia Recovery score				IN		OUT	
Activity				Move 4 extremities voluntarily at command			
Respiratory				Move 2 extremities voluntarily at command			
Circulation				Move 0 extremities voluntarily at command			
consciousness				Deep breath and cough freely			
O ₂ saturation				Dyspnea, shallow or limited breathing			
				BP > 15% of preanesthetic level			
				BP < 15-30 % of preanesthetic level			
				BP > 30 % of preanesthetic level			
				fully awake			
				Anxious or crying			
				Not responding			
				Able to maintain O ₂ saturation > 92 % on room air			
				Needs O ₂ inhalation to maintain O ₂ saturation > 90 %			
				O ₂ saturation < 90 % even with O ₂ supplementation			
Total Scores				Progress note			
Time _____		Medication _____		Dose _____		Route _____ M.D. _____	
Time _____		Problems / Remarks _____		Are you in pain?			
				Wong Baker Face Scale			
Discharge summary _____							
Discharge time _____ Conditions: ☐ Stable ☐ Unstable							
Vital signs : BP _____ mmHg PR _____ /min RR _____ /min SpO ₂ _____ % Pain score _____							
Consciousness: ☐ Alert ☐ Drowsy ☐ Unconscious							
				PACU Nurse signature _____			

8. 2011

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
สุพรรณบุรีปีที่ ๔ ราชบุรี

เลขที่ตัวใบ
 เลขที่ลายนิ้ว

บันทึกการผ่าตัดคลอด

Patient's Name Age Year

Pre Operative Diagnosis

Post Operative Diagnosis

Date of Operation Time to

Operation

Surgeon

Assistant Name Scrub Nurse

Anesthesia By Anesthetist

Estimated Blood Loss C.C. Condition of patient at end of operation

Specimens

Drains

Findings and Findings :

Findings :

- Uterus - (Not/Well) formed lower uterine segment, gravid uterus.
- Tubes and ovaries -
- Fetus -
- Placenta - Located at
- Amniotic fluid -

Procedure :

- Incision was performed.
- Abdominal wall was opened layer by layer.
- Doyen retractor was applied.
- Incision was performed at uterus.
- Fetus was delivered (with/ without) difficulty by
- Placenta was removed by (manual/ cord traction).
- Uterus was closed by (single/ double) layer technique.
- Peritonization (was/ was not) done.
- Bleeding was checked and secured.
- Abdominal wall was closed layer by layer.
- Skin was approximated by

(TL was/ was not done by Technique.)

[illegible]

9.ใบ Lab, แบบฟอร์มขอโลหิต

F-1PD-01-009
บึงสามโคก : พฤษภาคม 2560

ใบติดผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชื่อ-สกุล.....
 HN.....AN.....

Bed.....Ward.....

- ใบ USG, X-ray

REQUEST FOR X - RAY

Date.....

Previous x - ray date performed.....

Part to be examined 1.Chest PA.....

2.....

Clinical impression.....

History and Significant findings :

Requested by

REPORT FOR X - RAY EXAMINATION

H.N.....

Date.....

Original report to be entered in patient's medical record

Name of patient	Age	Hospital Number
Department or Health	Ward กุ่มสูงเสริมสุขภาพ	Radiologist

REQUEST AND REPORT FOR X - RAY

ส่วนที่ 2

1.แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ

[illegible]

2.แบบบันทึกการพยาบาล Nurse's Note (เรียงตามวันที่และเวลา)

[illegible]

3.ฟอร์มปรอท

รพ. สังกะสีสุพรรณ
ก. 32
ชื่อ..... อายุ..... ปี เพศ.....

แบบฟอร์มปรอท (มาตรา)
เลขที่ตัวไป.....
เลขที่ออกใบ.....
เขียนที่.....

วันที่	ปรอท	ชีพจร	ความดันโลหิต	ไข้	หายใจ	อื่นๆ
2/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
3/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
4/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
5/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
6/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
7/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
8/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
9/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
10/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
11/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
12/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
13/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
14/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
15/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
16/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
17/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
18/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
19/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
20/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
21/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
22/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
23/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
24/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
25/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
26/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
27/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
28/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
29/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
30/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
31/5/14	102.2	38	100.4	36	20	
1/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
2/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
3/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
4/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
5/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
6/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
7/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
8/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
9/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
10/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
11/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
12/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
13/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
14/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
15/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
16/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
17/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
18/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
19/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
20/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
21/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
22/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
23/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
24/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
25/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
26/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
27/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
28/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
29/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
30/6/14	102.2	38	100.4	36	20	
1/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
2/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
3/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
4/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
5/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
6/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
7/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
8/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
9/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
10/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
11/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
12/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
13/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
14/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
15/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
16/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
17/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
18/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
19/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
20/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
21/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
22/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
23/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
24/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
25/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
26/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
27/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
28/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
29/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
30/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
31/7/14	102.2	38	100.4	36	20	
1/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
2/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
3/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
4/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
5/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
6/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
7/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
8/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
9/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
10/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
11/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
12/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
13/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
14/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
15/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
16/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
17/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
18/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
19/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
20/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
21/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
22/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
23/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
24/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
25/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
26/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
27/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
28/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
29/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
30/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
31/8/14	102.2	38	100.4	36	20	
1/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
2/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
3/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
4/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
5/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
6/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
7/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
8/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
9/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
10/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
11/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
12/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
13/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
14/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
15/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
16/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
17/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
18/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
19/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
20/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
21/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
22/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
23/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
24/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
25/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
26/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
27/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
28/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
29/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
30/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
31/9/14	102.2	38	100.4	36	20	
1/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
2/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
3/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
4/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
5/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
6/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
7/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
8/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
9/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
10/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
11/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
12/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
13/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
14/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
15/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
16/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
17/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
18/10/14	102.2	38	100.4	36	20	
19/10/14	102.2	38	100.4	36	20	

1.แบบติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

2. ไบบันทึกการให้สารน้ำ

ใบบันทึกการให้สารน้ำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 วรภพ

		Bed		Doctor	
วัน/เดือน/ปี	ตัวนำ	เวลาเริ่ม	Sign	เวลาหมด	Sign

F-IPD 01.018
 (แก้ไขครั้งที่ 02) บัณฑิตปีที่ 1 สิงหาคม 2559

[illegible][illegible]

5.แบบบันทึกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

แบบบันทึกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ชื่อผู้ป่วย: _____
 อายุ: _____ ปี
 สัญ: _____

รหัส	รายการ	ราคา	วันที่/ครั้ง				รวม
	ค่าบริการทางการแพทย์ IPD	300					
	ค่าห้องพิเศษ						
	ค่าห้องสามัญ	400					
	ค่าทันต 1 ครั้ง (ครั้งละ 70 บาท)	70					
	ค่าฉายแสง (On single Photo)	300					
	โครงการ TSH เด็กแรกเกิด	0					

ลงชื่อ: _____
 (.....)

เอกสารอ้างอิง

Th.m.wikipedia.org

Goto.know.org

การเรียงเวชระเบียนของงานเวชสถิติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศอ.5 ราชบุรี

การเรียงเวชระเบียน(เรียงตามลำดับวันที่ก่อนหลัง)

ส่วนที่ 1

- 1 แบบรายงาน 501 (สีเขียว)
- 2 ใบ Refer
- 3 ใบยินยอมให้การรักษาพยาบาล
- 4 ใบ Admission Note
- 5 ใบคำสั่งแพทย์
- 6 ใบปรึกษาแพทย์ (ถ้ามี)
- 7 ใบเกี่ยวกับการผ่าตัด หรือการคลอด
 - ใบเตรียมการผ่าตัด
 - แบบบันทึกการให้ยาสลบ
 - บันทึกการผ่าตัด
 - รายงานการคลอด
- 8 ใบ LAB , แบบฟอร์มขอโลหิต
 - ใบ USG , X-ray

ส่วนที่ 2 (การพยาบาล)

- 1 แบบบันทึกการพยาบาล (Nurse ' s Note)
- 2 แบบฟอร์มปรอท
- 3 แบบให้การพยาบาลอื่นๆ

ส่วนที่ 3 ใบสรุปค่าใช้จ่าย

- 1 ใบงบหน้าค่ารักษาพยาบาล
- 2 ใบส่งยา
- 3 ใบแจ้งสิทธิการรักษา