

แบบประเมินภาวะสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

แบบซักประวัตินี้เป็นการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังและสามารถให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่ ส่งเสริมให้เกิดการมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อการดำรงชีวิต ได้อย่างปกติสุข โดยแบบประเมินจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับเจ้าหน้าที่ เพื่อลงผลตรวจ

- น้ำหนัก กิโลกรัม
- รอบเอว เซนติเมตร
- ชีพจร ครั้ง/นาที
- ส่วนสูง เซนติเมตร
- ความดันโลหิต / mmHg
- หายใจ ครั้ง/นาที

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ส่วนนี้ให้ตอบคำถามก่อนเข้ารับการตรวจ)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย x ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติหรือความคิดของท่านมากที่สุด

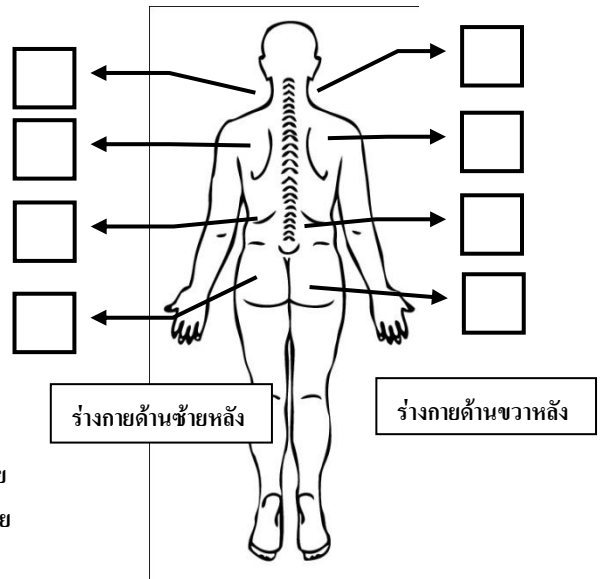
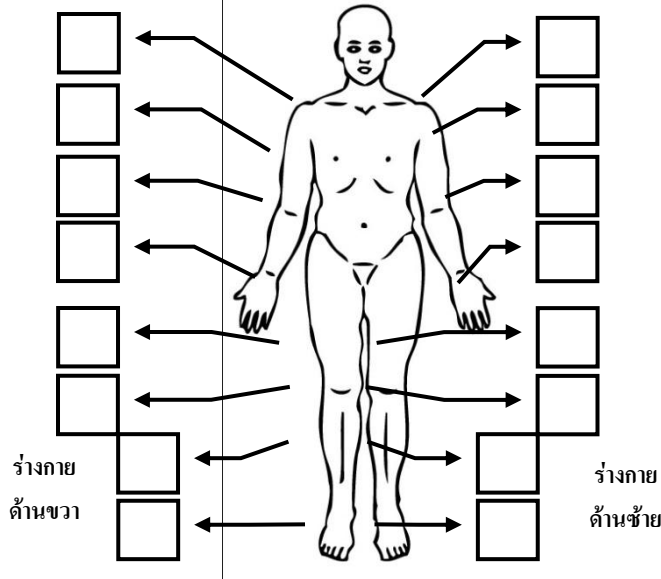
1. เลขที่บัตรประชาชน
2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
3. อายุ ปี
4. ปัจจุบันท่านมีบุตรจำนวนเท่าไร
 1. 1 คน 2. 2 คน 3. มากกว่า 2 คน 4. ไม่มี
5. ระดับการศึกษา
 1. ต่ำกว่าหรือเทียบเท่ามัธยมศึกษา 2. อนุปริญญา
 3. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า 4. อื่น ๆ ระบุ.....
6. ตำแหน่งงานที่ท่านทำในปัจจุบัน
 1. พนักงานปฏิบัติการหรืออยู่ในงานการผลิต 2. หัวหน้างาน 3. พนักงานออฟฟิศ
 4. ผู้บริหาร 5. อื่น ๆ ระบุ.....
7. ปัจจุบันท่านมีลักษณะการทำงานเป็นกะหรือไม่
 1. ไม่ใช่ 2. ใช่
8. ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุจนต้องหยุดงานหรือไม่
 1. ไม่ใช่ 2. ใช่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

8. ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านมักมีอาการปวดเมื่อยที่บริเวณใด โปรดใส่ ตัวเลข 1-4 ในช่อง เพื่อแทนจำนวนครั้งของการเกิด

อาการปวด

โดย 1-4 มีความหมาย คือ (1 = ปวดน้อยกว่า 6 ครั้ง) (2 = ปวด 6 - 12 ครั้ง) (3 = ปวดมากกว่า 12 ครั้ง) (4 = ปวดตลอดเวลา)



9. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวดังต่อไปนี้

1. โรคเบาหวาน(DM) 2. โรคความดันโลหิตสูง (HT) 3. กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) 4. โรคไตวาย(CRF)
5. โรคเก๊าท์ (Gout) 6. โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) 7. อื่นๆ ได้แก่ ตัดขา ตาบอด 8. ไม่มี

10. ท่านมีบุคคลในครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย) เป็นโรคเรื้อรังดังต่อไปนี้

1. โรคเบาหวาน(DM) 2. โรคความดันโลหิตสูง (HT) 3. กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) 4. โรคไตวาย(CRF)
5. โรคเก๊าท์ (Gout) 6. โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) 7. อื่นๆ ได้แก่ ตัดขา ตาบอด 8. ไม่ทราบ

11. ปัจจุบันท่านรับประทานยาในการรักษาโรคเป็นประจำ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ยาเบาหวาน 2. ยาความดันโลหิตสูง 3. ยาไขมันในเลือด 4. ไม่มี

12. ท่านมีอาการดังต่อไปนี้

1. น้ำหนักลด 2. อ่อนเพลีย 3. กินจุแต่พอม
4. ดื่มน้ำบ่อยและมาก 5. ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป 6. เป็นแผลริมฝีปากบ่อยหายยาก
7. คันตามผิวหนังและอวัยวะเพศ 8. มีผื่นหรือแผลที่ผิวหนังบริเวณที่สัมผัสสารเคมี
9. ซาปลายมือปลายเท้า ไม่ทราบสาเหตุ 10. ตาพร่ามัวต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย

13. ท่านมีอาการผื่นผิวหนัง ระบายเคือง

1. มีผื่นหรือแผลที่ผิวหนังบริเวณที่สัมผัสสารเคมี 2. มีผื่นหรือแผลที่ผิวหนังในบริเวณอื่น
3. มีอาการระคายเคืองตา 4. ตาอักเสบหรือแสบตา

