

โรงพยาบาลลิขล จังหวัดนครศรีธรรมราช วันที่ตรวจสุขภาพ...../...../.....

ชื่อ-สกุล.....ว/ด/ป. เกิด...../...../..... อายุ.....ปี

หมู่เลือด.....เลขบัตรประชาชน.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

ผู้ใกล้ชิดที่ติดต่อได้ ชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....

ประวัติสุขภาพ  ไม่มีโรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว คือ.....ประวัติแพ้ยา/สารอาหาร  ไม่มี  มี คือ.....บุหรี  ไม่สุข  เคยสุขแต่เลิกแล้ว  สุข วันละ .....มวนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  ไม่ดื่ม  เคยดื่มแต่เลิกแล้ว  ดื่มมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา  ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน/สัปดาห์  ไม่ออกกำลังกายข้อมูลสุขภาพบุคคลในครอบครัว บิดา  ไม่มีโรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว คือ.....มารดา  ไม่มีโรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว คือ.....

ตรวจร่างกายทั่วไป น้ำหนัก.....กิโลกรัม รอบเอว.....เซนติเมตร ชีพจร.....ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต .....มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ด้านสุขภาพจิต 2Q 1.ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง  มี  ไม่มี2.ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่  มี  ไม่มี

อาการผิดปกติที่ต้องการปรึกษาแพทย์.....

## แบบฟอร์มซักประวัติตรวจสุขภาพ

FR Csg-003-02

โรงพยาบาลลิขล จังหวัดนครศรีธรรมราช วันที่ตรวจสุขภาพ...../...../.....

ชื่อ-สกุล.....ว/ด/ป. เกิด...../...../..... อายุ.....ปี

หมู่เลือด.....เลขบัตรประชาชน.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

ผู้ใกล้ชิดที่ติดต่อได้ ชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....

ประวัติสุขภาพ  ไม่มีโรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว คือ.....ประวัติแพ้ยา/สารอาหาร  ไม่มี  มี คือ.....บุหรี  ไม่สุข  เคยสุขแต่เลิกแล้ว  สุข วันละ .....มวนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  ไม่ดื่ม  เคยดื่มแต่เลิกแล้ว  ดื่มมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา  ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน/สัปดาห์  ไม่ออกกำลังกายข้อมูลสุขภาพบุคคลในครอบครัว บิดา  ไม่มีโรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว คือ.....มารดา  ไม่มีโรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว คือ.....

ตรวจร่างกายทั่วไป น้ำหนัก.....กิโลกรัม รอบเอว.....เซนติเมตร ชีพจร.....ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต .....มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ด้านสุขภาพจิต 2Q 1.ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง  มี  ไม่มี2.ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่  มี  ไม่มี

อาการผิดปกติที่ต้องการปรึกษาแพทย์.....

QN.....HN.....

สิทธิ์การรักษา.....

QN.....HN.....

สิทธิ์การรักษา.....