

**แบบฟอร์มรายงานการตรวจรักษาและผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยประกันภัย**

1) ชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... ปี  
 2) ประวัติการเจ็บป่วยโดยสรุป .....

.....

การวินิจฉัยโรค .....

3) ผลการตรวจร่างกาย (กรุณาใส่เครื่องหมาย✓ ลงในช่อง  พร้อมกรณณาให้รายละเอียด)

3.1 ระดับความรู้สึกตัว (Conscious)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง        | <input type="checkbox"/> ตอบสนองทำตามสั่งได้ช้าๆ                       |
| <input type="checkbox"/> ซึมเรียกไม่รู้สีกตัว         | <input type="checkbox"/> ตอบสนองต่อความเจ็บปวด แต่ทำตามคำสั่งไม่ได้    |
| <input type="checkbox"/> ซึมมาก เรียกนานๆจึงรู้สีกตัว | <input type="checkbox"/> ทำตามคำสั่งไม่ได้ และไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด |

3.2 การรับรู้ (Orientation) สามารถบอก

- |                               |                                  |                                |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เวลา | <input type="checkbox"/> สถานที่ | <input type="checkbox"/> บุคคล |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|

3.3 การจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่นาน (Recent Memory)

- |                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> จำได้ | <input type="checkbox"/> จำไม่ได้ |
|--------------------------------|-----------------------------------|

3.4 กำลังของกล้ามเนื้อ (Muscle Power) ของแขน ขา

- |                               |     |                                    |     |
|-------------------------------|-----|------------------------------------|-----|
| - ไม่มีอาการเคลื่อนไหวได้เลย  | = 0 | - เคลื่อนไหวต้านแรงดึงดูดของโลกได้ | = 3 |
| - เคลื่อนไหวเพียงพอมองเห็นได้ | = 1 | - มีกำลังน้อย                      | = 4 |
| - เคลื่อนไหวได้ตามแนวราบ      | = 2 | - มีกำลังปกติ                      | = 5 |

การประเมิน	ข้างซ้าย		ข้างขวา
	มือ = .....		มือ = .....
	แขน = .....		แขน = .....
	ขา = .....		ขา = .....
	เท้า = .....		เท้า = .....

3.5 ความเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle Spasticity) (ถ้ามี โปรดระบุ มาก ปานกลาง น้อย)

การประเมิน	ข้างซ้าย		ข้างขวา
	มือ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....		มือ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....
	แขน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....		แขน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....
	ขา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....		ขา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....
	เท้า <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....		เท้า <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....

3.6

**Tendon Reflex ของแขนขา**

การประเมิน	<u>ข้างซ้าย</u>		<u>ข้างขวา</u>
	ข้อมือ = .....		ข้อมือ = .....
	ข้อศอก = .....		ข้อศอก = .....
	ข้อเข่า = .....		ข้อเข่า = .....
	ข้อเท้า = .....		ข้อเท้า = .....

3.7 หากผู้เอาประกันภัยไม่สามารถเคลื่อนไหว แขน ขา เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่การอ่อนแรงจากสมองหรืออัมพาต เช่น การยึดติดกันของกล้ามเนื้อ ปัญหาที่เส้นเอ็น กรุณาให้รายละเอียด

.....

.....

.....

3.8 การลีบของกล้ามเนื้อ (Muscle Atrophy) (ถ้ามีโปรดระบุ มาก ปานกลาง น้อย)

การประเมิน	<u>ข้างซ้าย</u>		<u>ข้างขวา</u>
	แขน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....		แขน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....
	ขา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....		ขา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....

3.9 การรับความรู้สึก (Sensory)

- ปกติ
- สูญเสีย การรับความรู้สึก คือ
  - เจ็บ ที่ระดับ ..... ถึง .....
  - สัมผัส ที่ระดับ ..... ถึง .....

3.10 การเดิน (Gait)

- ปกติ
- เดินได้โดยมีคานพยุงหรือเครื่องช่วยพยุง เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง
- เดินได้แต่เซ เนื่องจาก Gait Ataxia
- เดินไม่ได้เลย
- อื่นๆ โปรดระบุ .....

3.11 การพูด (Speech)

- ปกติ  พูดได้แต่ไม่ชัดเจน (Dysarthria)
- พูดได้ ฟังผู้อื่นไม่ชัดเจน  ฟังผู้อื่นพูดเข้าใจ แต่พูดไม่ได้
- พูดไม่ได้และฟังผู้อื่นไม่เข้าใจ
- อื่นๆ โปรดระบุ .....

3.12 การกลืนอาหาร

- |             |                                |                                   |
|-------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| อาหารธรรมดา | <input type="checkbox"/> สำลัก | <input type="checkbox"/> ไม่สำลัก |
| อาหารอ่อน   | <input type="checkbox"/> สำลัก | <input type="checkbox"/> ไม่สำลัก |

3.13 การช่วยตัวเองในชีวิตประจำวัน

กิจกรรม	ทำได้ดี	ทำได้บ้าง	ทำไม่ได้
รับประทานอาหาร			
อาบน้ำและเข้าห้องน้ำ			
แต่งตัว			

3.14 การขยับถ่าย

กิจกรรม	ควบคุมได้	ได้บ้าง	ไม่ได้เลย
ปีสสาวะ			
อุจจาระ			

3.15 ความผิดปกติหรือพยาธิสภาพ ของระบบอวัยวะอื่นของร่างกาย (ศีรษะ ใบหน้า ตา หู คอ จมูก ปอด ฯลฯ)

.....

.....

3.16 ข้อสังเกต หรือข้อเสนอแนะของผู้ตรวจเกี่ยวกับ สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (เช่น จะสามารถฟื้นคืนสภาพได้หรือไม่, โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการฟื้นคืนสภาพ) .....

.....

3.17 ความเห็นเกี่ยวกับสมรรถภาพการทำงาน

ผู้ป่วยไม่สูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน

ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ แขน ..... ขา .....

4) การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในขณะนี้ .....

.....

5) แผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนี้ .....

.....

6) ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม .....

.....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ทำการรักษา

( )

วันที่ .....

โปรดประทับตราสถานพยาบาล