

ผลการตรวจสุขภาพที่จุดเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ

ชื่อผู้รับชื่อผู้รับบริการบริการ		หมายเลขประจำตัวประชาชน	
การตรวจร่างกาย		สถานที่ตรวจสุขภาพ	<input type="checkbox"/> การเยี่ยม <input type="checkbox"/> การตรวจเยี่ยมนอกสถานที่

ความคิดเห็นเกี่ยวกับรายงานการตรวจสุขภาพ

การตรวจวิเคราะห์ – ☐ ปกติ A ☐ ปกติ B (ค่าขอบ)
☐ โรคทั่วไปที่สงสัย ☐ ผิดปกติ

◆ นาย/นาง/นางสาว คุณได้รับการทดสอบ ๐๐๐๐, ๐๐๐๐, และ ๐๐๐๐๐๐ แล้ว

* โปรดอ้างอิงผลลัพธ์และเกณฑ์ในการประเมินอุปนิสัยเพื่อประเมินอุปนิสัยของคุณ

◆ นาย/นาง/นางสาว คุณต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเรื่องต่อไปนี้

▷ โรคที่เป็นไปได้:

▷ โรคที่ได้รับการยืนยันแล้ว:

▷ การจัดการอุปนิสัย

▷ อื่นๆ

ประเภทการทดสอบ	โรคที่ต้องการตรวจ	รายการการตรวจ	ผลลัพธ์ (ค่าอ้างอิง)			
การตรวจวัด	โรคอ้วน/ อ้วนลงพุง	ส่วนสูง(ซม.) / น้ำหนัก (กก.)	/			
		BMI (กก./ตร.ม.)	<input type="checkbox"/> น้ำหนักต่ำกว่าปกติ (ต่ำกว่า 18.5)	<input type="checkbox"/> ปกติ (18.5-24.9)	<input type="checkbox"/> น้ำหนักเกินปกติ (25-29.9)	<input type="checkbox"/> เบาหวาน (30 ขึ้นไป)
		รอบเอว (ซม.)		<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> โรคอ้วนลงพุง (ชาย: 90 ซม. ขึ้นไป; หญิง: 85 ซม. ขึ้นไป)	
	ความผิดปกติของความไวของตา	ความไวของตา (ซ้าย/ขวา)	/	<input type="checkbox"/> แก้ไขแล้ว		
	ความผิดปกติของความไวของหู	ความไวของหู (ซ้าย/ขวา)	/	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> โรคทั่วไปที่สงสัย	

การตรวจร่างกาย (แบบสอบถาม)	การวินิจฉัยประวัติทางการแพทย์ที่ผ่านมา		การรักษาด้วยยา	
	รูปแบบการดำเนินชีวิต	<input type="checkbox"/> ต้องหยุดสูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> ต้องหยุดดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ต้องออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> ต้องบริหารกล้ามเนื้อ * ปรึกษาแพทย์ของคุณ		

	ความเกี่ยวข้อง	ผลลัพธ์	
โรคซึมเศร้า	<input type="checkbox"/> เกี่ยวข้อง <input type="checkbox"/> ไม่เกี่ยวข้อง	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการซึมเศร้า (0-4 คะแนน) <input type="checkbox"/> มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9 คะแนน) <input type="checkbox"/> มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (10-19 คะแนน) <input type="checkbox"/> มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง (20-27 คะแนน)	
ความผิดปกติของระบบการรับรู้	<input type="checkbox"/> เกี่ยวข้อง <input type="checkbox"/> ไม่เกี่ยวข้อง	<input type="checkbox"/> ไม่มีความผิดปกติเฉพาะ (0-5 คะแนน) <input type="checkbox"/> มีความผิดปกติของระบบการรับรู้ (6 คะแนนขึ้นไป)	
การทดสอบความหนาแน่นกระดูก	<input type="checkbox"/> เกี่ยวข้อง <input type="checkbox"/> ไม่เกี่ยวข้อง		<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีภาวะกระดูกบาง <input type="checkbox"/> มีภาวะกระดูกพรุน
การประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงวัย	<input type="checkbox"/> เกี่ยวข้อง <input type="checkbox"/> ไม่เกี่ยวข้อง	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> สมรรถภาพทางกายถดถอย	
การประเมินสมรรถภาพของผู้สูงวัย (แบบสอบถาม)	<input type="checkbox"/> เกี่ยวข้อง <input type="checkbox"/> ไม่เกี่ยวข้อง	การหกล้ม	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีความเสี่ยงในการหกล้ม
		ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน
		การฉีดวัคซีน	<input type="checkbox"/> การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ <input type="checkbox"/> การฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดบวม <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนป้องกัน
		การถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ

ผลลัพธ์นี้รับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นผลการตรวจสุขภาพของคุณ

วันที่ประเมิน:

(ลายเซ็น)

แพทย์: ไบรรับรอง (วุฒิ) / หมายเลข

ชื่อ

(ลายเซ็น)

(สถาบันบริการทางการแพทย์)

