

APPENDIX M

PHYSICAL THERAPY ASSESSMENT RECORDED FORM

แบบบันทึกการรายงานผู้ป่วย สำหรับนักกายภาพบำบัด

รหัสผู้ป่วย.....

ชื่อโรงพยาบาล.....

เพศ..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... สถานภาพ.....

อาชีพ.....

งานอดิเรก.....

ลักษณะงานที่ทำ.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

แพทย์ผู้ตรวจ.....

นักกายภาพบำบัดผู้ตรวจ.....

การวินิจฉัยโรคทางการแพทย์.....

ผลการตรวจทางปฏิบัติการ

.....

.....

Review of Systems: General Health			
ITEMS	YES	NO	Comments
1. Fever/ Chills/ Sweats			
2. Unexplained weight change			
3. Malaise			
4. Nausea/ Vomiting			
5. Bowel dysfunction			
6. Numbness			
7. Weakness			
8. Syncope			
9. Dizziness/ Lightheadedness			
10. Night pain			
11. Dyspnea			
12. Dysuria			
13. Urinary frequency changes			
14. Sexual dysfunction			

ประวัติการเจ็บป่วยอดีต (Past illness).....

.....

.....

.....

ประวัติส่วนตัว.....

.....

.....

การวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด.....

.....

ผลการตรวจร่างกายที่ยืนยันการวินิจฉัย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

สรุปและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย

สรุปปัญหา	วิเคราะห์ปัญหา
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

