

แบบบันทึกผลการตรวจคัดกรอง โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย

เลขที่บัตรประชาชน.....วัน เดือน ปี เกิด.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

2. ท่านเป็นโรคเกี่ยวกับระบบร่างกายหรือไม่

☐ ไม่เป็นโรคใดเลย ☐ เป็น ☐ เบาหวาน.....ปี ☐ ความดันโลหิตสูง.....ปี
☐ โรคอื่น ๆ.....

3. ลักษณะอาการทางสายตา

☐ ไม่เป็น
☐ เป็น ☐ ตามัว ☐ อ่านหนังสือไม่ชัดเจน ☐ ตาู้แสงไม่ได้
☐ ระคายเคือง,ตาแห้ง ☐ เห็นภาพลอยไปมา ☐ เห็นแสงแวบๆ เหมือนฟ้าแลบ
☐ เห็นเป็นจุดดำๆ ในภาพ ☐ เห็นภาพบิดเบี้ยว ☐ เห็นภาพซ้อน
☐ อื่น ๆ.....

4. ผลการตรวจวัดสายตา

การวัดสายตา (VA) ตาขวา		การวัดสายตา (VA) ตาซ้าย	
อ่านตาเปล่า	ผ่านรูเข็ม	อ่านตาเปล่า	ผ่านรูเข็ม

5. ผลการคัดกรอง

☐ แนะนำ กลับบ้าน ☐ ส่งต่อ พบจักษุแพทย์ ☐ อื่น ๆ.....



แบบกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ นาย, นาง, น.ส., ด.ช., ด.ญ.นามสกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี กลุ่มเลือด..... โทรศัพท์.....
 สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ แยก/ร้าง ☐ สมณะ
 อาชีพ..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
 สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....
 ชื่อบิดา..... ชื่อมารดา..... ชื่อคู่สมรส.....
 ชื่อ/นามสกุลผู้ที่สามารถติดต่อได้ (กรณีฉุกเฉิน)..... เกี่ยวข้องเป็น ระบุ.....
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
 สิทธิการรักษา ☐ บัตรทองประเภท..... ☐ เบิกได้ (ต้นสังกัด กรมบัญชีกลาง)
☐ เบิกต้นสังกัด รัฐวิสาหกิจ อบต. เทศบาล ☐ บัตรประกันสังคม
☐ ชำระเงิน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
 หมายเหตุ โปรดแนบบัตรประจำตัวประชาชนและบัตรสิทธิการรักษาด้วยทุกครั้ง



แบบกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อ นาย, นาง, น.ส., ด.ช., ด.ญ.นามสกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี กลุ่มเลือด..... โทรศัพท์.....
 สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ แยก/ร้าง ☐ สมณะ
 อาชีพ..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
 สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....
 ชื่อบิดา..... ชื่อมารดา..... ชื่อคู่สมรส.....
 ชื่อ/นามสกุลผู้ที่สามารถติดต่อได้ (กรณีฉุกเฉิน)..... เกี่ยวข้องเป็น ระบุ.....
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
 สิทธิการรักษา ☐ บัตรทองประเภท..... ☐ เบิกได้ (ต้นสังกัด กรมบัญชีกลาง)
☐ เบิกต้นสังกัด รัฐวิสาหกิจ อบต. เทศบาล ☐ บัตรประกันสังคม
☐ ชำระเงิน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

หมายเหตุ โปรดแนบบัตรประจำตัวประชาชนและบัตรสิทธิการรักษาด้วยทุกครั้ง