



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลอน้ำสาวย

ที่ ลง 52004/

วันที่ 1 เมษายน 2565

เรื่อง รายงานผลกิจกรรมปั้นจิตใจดีเด็ก (แพทย์อุภัยเดิน) ประจำเดือน มีนาคม 2565

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลอน้ำสาวย

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ขอรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานผู้ชี้พ (แพทย์อุภัยเดิน) ประจำเดือนมีนาคม 2565 และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้ผู้บริหารได้รับทราบ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและวางแผนในการดำเนินงานต่อไป

1. อุปถัมภ์ จำนวน 6 คน รวมจำนวน 6 คน
2. ป่วยอุภัยเดิน จำนวน 6 คน รวมจำนวน 6 คน
3. ทั้งไป/อื่นๆ จำนวน 2 คน รวมจำนวน 1 คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายช่วง แม่น้ำ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ความเห็นของผู้อำนวยการกอง

ความเห็นของปลัดเทศบาล

(นายวิชูรย์ บุญหนัก)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

(นายอ้ำพล ลี้หา)

ปลัดเทศบาลตำบลอน้ำสาวย

ความเห็นของนายกเทศมนตรี

๒๖/พ.๑๕๖๗๐๑๘.

๑.๒.๓.

(สามารถ สร้อยพรหม)

รองนายกเทศมนตรี รักษาราชการแทน

นายกเทศมนตรีตำบลอน้ำสาวย

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานภารกิจ (แพทย์อุகุเงิน) ประจำเดือน.....มีนาคม.....พ.ศ....2565.....

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำสวย

รายงานที่หมายเลขอายุเป็น กท 1355 เผย

วันที่	เวลาออกเหตุ	อุบัติเหตุ (ครั้ง/คน)	ป่วยอุกเงิน (ครั้ง/คน)	ทัวไป/อื่นๆ (ครั้ง/คน)	ผู้ปฏิบัติ
1 มีนาคม 2565	12:07	-	1	-	นายนัฐกร สิงห์สุวรรณ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์สน นายนัฐพงษ์ กระบวนการ นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์
4 มีนาคม 2565	16:19	1	-	-	นายวีระพล อุดคำเที่ยง นายพิชิต ชุมพล
14 มีนาคม 2565	19:06	1	-	-	นายวีระพล อุดคำเที่ยง นายพิชิต ชุมพล นายทรงเดช ผลผดุง นายนัฐกร สิงห์สุวรรณ
15 มีนาคม 2565		-	-	1	นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์สน
17 มีนาคม 2565	19:47	-	1	-	นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์สน
18 มีนาคม 2565	00:10	-	1	-	นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายศรากุล เกษกษร
19 มีนาคม 2565	15:30	-	1	-	นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายนัฐพงษ์ กระบวนการ
19 มีนาคม 2565	14:21	-	1	-	นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายนัฐพงษ์ กระบวนการ
21 มีนาคม 2565	13:21	1	-	-	นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายนัฐพงษ์ กระบวนการ
24 มีนาคม 2565		-	-	1	นายนัฐกร สิงห์สุวรรณ นายพงศ์อิสรา แก้ววงศ์สน
25 มีนาคม 2565	14:23	-	1	-	นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายนัฐพงษ์ กระบวนการ
29 มีนาคม 2565	09:42	1	-	-	นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายนัฐพงษ์ กระบวนการ
30 มีนาคม 2565	18:10	1	-	-	นายทรงเดช ผลผดุง นายศรากุล เกษกษร นายวีระพล อุดคำเที่ยง นายพิชิต ชุมพล
31 มีนาคม 2565	07:39	1	-	-	นายนัฐกร สิงห์สุวรรณ นายวีระพงษ์ วิไชยวงศ์ นายพิชิต ชุมพล
รวม			6	6	2

รายงานสรุป

การปฏิบัติงานปฏิชีพ (แพทย์อุทกเดิน) ประจำเดือน.....มีนาคม.....พ.ศ....2565.....

งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลน้ำดวย

รายการ	จำนวน/ครั้ง	จำนวน/คน	หมายเหตุ
1.อุบัติเหตุ จำนวน 6 ครั้ง			
- เหตุยบรากไม้	2	2	
- MC ส้มเผา	2	2	
- สิ่งล้มในห้องน้ำ	2	2	
2.ป่วยอุทกเดิน จำนวน 6 ครั้ง			
- หนคสที่	1	1	
- ปวดท้อง	3	3	
- เหนื่อยหอบ	2	2	
3. เมสบริการ			
- รับ - ส่ง ไข้พยาบาลเมือง	2	1	- นางพัฒนา ลุนนก - นางพัฒนา ลุนนก
รวม	14	13	


(นางวนิษฐ์ แม่น้ำใส)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขชำนาญการ

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นองค์รวม (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

๓. พัฒนาศักยภาพการ

ទំនាក់ទំនងអ្នកប្រាយ(CN).....

ເຫດຜົນກົມປາ

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ปฏิบัติการที่
เจ้าหน้าที่รักษาความสงบเรียบร้อย	รหัส 1	รหัส 2
	รหัส 3	รหัส 4
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input checked="" type="checkbox"/> พบเหตุ สถานศึกษาที่เกิดเหตุ _____ เหตุการณ์ _____	

2. 常用語彙

	ชื่อเจ้าหน้าที่	บัตร์ค่าคอมพิวเตอร์ ประจำหน่วยงาน	โทรศัพท์มือถือ	อีเมล์เจ้าหน้าที่	หมายเหตุการพิจารณา	ผู้รับ	ผู้ดูแล
เวลา (น.)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
จำนวนเวลา (นาที)	Response time = _____ นาที			นาที	นาที		
เลข กม.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
คะแนนภาพ (กม.)	รวมคะแนนภาพที่เป็นไปได้ _____			คะแนนภาพที่เป็นไปได้ _____	คะแนนภาพที่เป็นไปได้ _____		

3. ផ្លើមបិទ

คำแนะนำเบื้องต้น		อายุ _____ ปี อายุ _____ ขวบ	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ไม่ระบุเพศ	หมายเหตุ	
<input type="checkbox"/> คนไข้ เน่าด้วยรูปแบบช้ำชน (เขียน format)		<input type="checkbox"/> บรรยายเตือนรำ		หมายเหตุเบื้องต้น	
<input type="checkbox"/> กระตุ้นตัวชาติ ประมณฑล		เบรฟท์หรือสืบเนื่องมา		<input type="checkbox"/> ประมวลผล	
พื้นที่การใช้ภาษา <input type="checkbox"/> อังกฤษ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> จีน <input type="checkbox"/> ญี่ปุ่น <input type="checkbox"/> ลาว <input type="checkbox"/> อินเดีย <input type="checkbox"/> ปากีสถาน <input type="checkbox"/> บราซิล <input type="checkbox"/> ฟิลิปปินส์ <input type="checkbox"/> ประเทศอื่นๆ		พื้นที่ที่ได้รับบริการ		หมายเหตุภาษา	
				หมายเหตุภาษา	
แพทย์ผู้ป่วย					
ประวัติหลักปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ		<input type="checkbox"/> บาดเจ็บเฉียบพลัน		
ความรู้สึกคืบ	<input type="checkbox"/> รู้สึกดี <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> รู้สึกดีมาก		<input type="checkbox"/> รู้สึกดี <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> รู้สึกดีมาก		<input type="checkbox"/> รู้สึกไม่ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี <input type="checkbox"/> รู้สึกไม่ดีมาก
อาการหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก		<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก		<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แผลเล็กน้อย <input type="checkbox"/> แผลมาก / ลึก		<input type="checkbox"/> แผลเล็กน้อย <input type="checkbox"/> แผลมาก / ลึก		<input type="checkbox"/> แผลเล็กน้อย <input type="checkbox"/> แผลมาก / ลึก <input type="checkbox"/> แผลตื้น <input type="checkbox"/> แผลลึก <input type="checkbox"/> แผลตื้นมาก <input type="checkbox"/> แผลลึกมาก
ภาวะถูกดึงดูด	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ถูกดึงดูด				
อาการเฉพาะเจาะจง					
ชั้นวาง	<input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> ศีรษะ/ใบหน้า <input type="checkbox"/> หน้าอก/ทรวงอก <input type="checkbox"/> กระดูกซี่โครง <input type="checkbox"/> แขน/ขา <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> มือ/เท้า <input type="checkbox"/> Multiple injury back				
การรักษาเบื้องต้น					
พาราфинเทาใส	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ใช้ <input type="checkbox"/> ใช้มาก		<input type="checkbox"/> เม็ดยาเด็นพาโนล <input type="checkbox"/> รักษารอยไฟ (Pocket mask)		
การห้ามหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ห้ามหายใจ		<input type="checkbox"/> การยกหัวลงเล็กน้อย <input type="checkbox"/> ห้ามหายใจ		
การลดแรงกระแทก	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ห้ามกระแทก		<input type="checkbox"/> เบรกเบน/เม็ดความสูง <input type="checkbox"/> ลดแรงกระแทก		
ช่วยเพิ่มศีบเชื้อ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ช่วยเพิ่มศีบเชื้อ		<input type="checkbox"/> ทึบ		
ผลการดูแลรักษาพัฒนา					
ผลการดูแลรักษาพัฒนา	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถให้คำชี้แจง <input type="checkbox"/> ทราบ <input type="checkbox"/> คิดไม่ออก <input type="checkbox"/> ทุกคนรู้ <input type="checkbox"/> เมื่อวาน <input type="checkbox"/> ไม่รู้เรื่อง <input type="checkbox"/> ไม่เข้าใจความสำคัญ				

๔ หมายเหตุการพิจารณาไม่ใช่การพิจารณาตามที่ได้ระบุไว้ในหน้าที่และอำนาจการพิจารณาของศาลที่

บ้าส์ท่ออุกเมินไว้ทางสายฟ้า _____ ตาม _____ ๑๘๖๙ _____ ๑๘๖๙ _____ ๑๘๖๙ _____
เหตุผล เนื่องจากความไม่สงบของบ้าน อยู่ใกล้ _____ มีเสียงประริบ _____ เป็นผู้ป่วยง่าย _____ เป็นความประசรที่เกิดจากไม่สามารถรับ _____
ต้องการทราบ _____ วัน _____

๕ คือการมีส่วนร่วมของผู้นำท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็น ผู้ว่าราชการ ปลัดจังหวัด หรือหัวหน้า

HN	_____	การรับมือฉุกเฉิน					
ประเมินการตัดสินใจ (Triage) <input type="checkbox"/> ไม่ถูกจัดอยู่ ($\text{L} = 1$, $\text{E} = 2$) <input type="checkbox"/> ภัยคุกคามต่ำ ($\text{L} = 3$) <input type="checkbox"/> ภัยคุกคามปานกลาง ($\text{M} = 4$) <input type="checkbox"/> ภัยคุกคามสูง ($\text{H} = 5$) <input type="checkbox"/> ขาดหาย ($\text{D} = 6$) <input type="checkbox"/> สา (เรื่องสำคัญทางการแพทย์ที่เป็นไปได้ที่สุด)							
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	
การหายใจเสียด	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	
การหายใจหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	
ร้องขอความช่วยเหลือ	<input type="checkbox"/> ผู้ช่วย <input type="checkbox"/> ผู้ช่วย <input type="checkbox"/> ผู้ช่วย <input type="checkbox"/> ผู้ช่วย						

๖. អាជីវកម្មជាថ្នូរពេលវេលា (និងទានបន្ទាន់ពិសេស)

Admitted Yes No
 ຖານ ស្រីការពេលវេលា ជីវិតការបានរហូ ដើមទីនៅ រាជ ប្រុងគោរករឹងការបានរីកចក ភីអីនៃការបានរីកចក គារបានរីកចក

๑. หน่วยปฏิบัติการ

តាមគណនីប្រវយ (CN).....

ເລື່ອງທີ່ຜູ້ປາຍ

ชื่อหน่วยบัญชีหลักการ	จำนวน	จำนวน	
เจ้าหน้าที่ถูกให้บริการ	1. รักษา	2. รักษา	
	3. รักษา	4. รักษา	
ผลการบัญชีตาม	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	<input type="checkbox"/> พบเหตุ	สมบานช์ก็คงเหตุ
	หมายความ		

2. ពេលវេលាអនុសាស្ត្រ

	กิมมี่ชื่อพี่ๆ	ข้าวคำนี้ลูกค้า นักเรียนทั่วประเทศ	เด็กชายสาว	เด็กผู้หญิงเด็ก	เด็กชายเด็กหญิง	เด็ก...	เด็ก...
เวลา (น.)	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00	15.00
รวมเวลา (นาที)	Response time = _____ นาที				นาที	นาที	
นาที กม.	_____				_____	_____	_____
รวมเวลา (นาที)	รวมเวลาทั้งหมด _____ นาที				รวมเวลาทั้งหมด _____ นาที	นาที	
	หมายเหตุ _____				หมายเหตุ _____	นาที	

๓. ศัลย์สืบสาน

第二部分

ประมานภูป้า	<input type="checkbox"/> กานต์เริ่มน้ำดีเด่น	<input type="checkbox"/> ปลดลูกเส้น						
ความรู้สึกดี	<input type="checkbox"/> รู้สึกดีมาก	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> พอจะดีบ้างนิดนึง	<input type="checkbox"/> พอจะดีบ้างนิดนึง	<input type="checkbox"/> พอจะดีไม่เท่าไร			
การขายใจ	<input type="checkbox"/> ปาน	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ดีมาก	<input type="checkbox"/> ไม่สนใจเลย	<input type="checkbox"/> ไม่สนใจเลย			
บารมีดี	<input type="checkbox"/> ไม่ดี	<input type="checkbox"/> พอจะดี	<input type="checkbox"/> มีบารมี / ดี	<input type="checkbox"/> พอจะดีมาก	<input type="checkbox"/> ดีมาก	<input type="checkbox"/> ดีมาก	<input type="checkbox"/> ดีมากที่สุด	<input type="checkbox"/> ดูกราบบี้
กระซูกพิศรุป	<input type="checkbox"/> ไม่ดี	<input type="checkbox"/> พอจะดี						

第十一章

อาการที่บันทึก				
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> จัดหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> มีอาการดีดดันหายใจ	<input type="checkbox"/> ขาดหายใจ(Pocket mask)
การถ่ายมูลอิเล็ก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ถ่าย	<input type="checkbox"/> การถ่ายหัวนมติดต่อ	<input type="checkbox"/> ทารกแมลง	
การควบคุมร่างกาย	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ควบคุม	<input type="checkbox"/> มีอาการไข้/ไข้ร้าว/rash	<input type="checkbox"/> มีอาการเสียดายและการกระวนเวลา	
ข้ออ้างพื้นศัพท์ชี้แจง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ชี้แจง	<input type="checkbox"/> ชี้แจง		

卷之三

บ้านเลขที่อยู่ถูกเขียนไว้ตามแบบ	<input type="checkbox"/>	บ้าน _____	<input type="checkbox"/> บ้าน _____	<input type="checkbox"/> บ้านเลขที่						
เดียวขาด	<input type="checkbox"/>	เดียวขาด/ขาดการติดเชื้อแล้ว	<input type="checkbox"/>	อยู่บ้าน	<input type="checkbox"/>	ไม่ติดเชื้อแล้ว	<input type="checkbox"/>	เป็นผู้ป่วยหายใจ	<input type="checkbox"/>	เป็นผู้ป่วยติดเชื้อที่นักศึกษาได้มาติดต่อ 1 ครั้ง
บ้านเลขที่บ้านคน	<input type="checkbox"/>	บ้าน _____	<input type="checkbox"/>							

๕. ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จ (ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จ) คือความต้องการที่บุคคลต้องการให้เกิดขึ้น

HN _____	การรับมือเมือง			
ระดับการดูแลผู้ป่วย (Triage) <input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง (≤ 1) <input type="checkbox"/> ภัยเงียบ (≤ 2) <input type="checkbox"/> ที่ต้องดูแลอย่างเร่งด่วน (≥ 3) <input type="checkbox"/> ที่ต้องดูแลอย่างเร่งด่วน (≥ 4) <input type="checkbox"/> ขาด (≥ 5) <input type="checkbox"/> ดำเนินการทางการแพทย์ทันท่วงที (≥ 6)				
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก มาก
การหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก มาก
การตอบสนอง	<input type="checkbox"/> ไม่ตื่นเป็น	<input type="checkbox"/> ไม่ตื่นตัว	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก มาก
ชีวิตในบ้าน			ความพากเพียร <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> กลาง <input type="checkbox"/> น้อย <input type="checkbox"/> ไม่มี	

๖. អគារវិទ្យាតី/បណ្ឌិតិយការណ៍ (និគមនា/វិប័ណ្ណ)

Admitted Yes No
 ทุกอย่าง ถือว่าผิดกฎหมาย บังคับใช้ในประเทศไทย เนื่องด้วยใน ฯ ปฏิเสธการรักษาหนี้สิน กกสในพัฒนาบ้าน ความต้องรับภาระผล

แบบบันทึกการปฏิรูปงานหน่วยปฏิรูปการอุดมคุณ เป้าหมาย (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

๑. พนักงานปฏิบัติงาน

សំគាល់សំបាត់(CN).....

187

2. ବ୍ୟାକୁଳମୋହନ

	ชื่อเจ้าของคู่	วันที่ดำเนินการ ปฏิเสธการค้า	สถานที่ท่องเที่ยว	ผู้ที่ดำเนินการ	เอกสารสำคัญที่ได้รับ	ผู้รับ	ผู้อนุมัติ
พว. ก.(น)	นาย ณัฐ พานิช	๒๔-๗-๖๓	จังหวัดเชียงใหม่	นาย ณัฐ พานิช	ใบอนุญาตค้าขาย	นาย ณัฐ พานิช	นาย ณัฐ พานิช
จำนวนเวลาที่ใช้	Response time = _____ นาที				ภายใน ๕ นาที	ภายใน ๕ นาที	
ผลลัพธ์							
หมายเหตุ							
พว. ก.(ก)	จำนวนเงินที่ได้รับ _____ บาท				จำนวนเงินที่ได้รับ _____ บาท	จำนวนเงินที่ได้รับ _____ บาท	

3. ผู้เชี่ยวชาญ

第17课

<input type="checkbox"/> បានទិន្នន័យ/ក្បាសពិនេរ	<input type="checkbox"/> ចាយអូកអិលីន							
<input type="checkbox"/> គ្រួសតឹកគាំទាំងឡាតាំង	<input type="checkbox"/> ចុង	<input type="checkbox"/> រោគតិចម្ចាស់ខ្លួន	<input type="checkbox"/> រោគតិចម្ចាស់នៃបីប៉ុណ្ណោះ	<input type="checkbox"/> បានចូលរួមជាមុន				
<input type="checkbox"/> ការហានធី	<input type="checkbox"/> បាន	<input type="checkbox"/> ស្រើ	<input type="checkbox"/> ទី	<input type="checkbox"/> នៅថ្ងៃនៅសប្តាហ៍	<input type="checkbox"/> និងថ្ងៃនៅសប្តាហ៍			
<input type="checkbox"/> បានឈរ	<input type="checkbox"/> នៅ	<input type="checkbox"/> មែនឈរខោក់	<input type="checkbox"/> ដីការាស/ផែក	<input type="checkbox"/> មែនកោកា	<input type="checkbox"/> មែនកោត់	<input type="checkbox"/> ក្នុង	<input type="checkbox"/> ក្នុងរាងការ	<input type="checkbox"/> ក្នុងការបិទ
<input type="checkbox"/> ក្រឡកកិត្យគ្មប់	<input type="checkbox"/> នៅ	<input type="checkbox"/> ដីក្រឡក						

1.00% 2.00% 3.00% 4.00% 5.00% 6.00% 7.00% 8.00% 9.00% 10.00% 11.00% 12.00% 13.00% 14.00% 15.00% 16.00% 17.00% 18.00% 19.00% 20.00% 21.00% 22.00% 23.00% 24.00% 25.00% 26.00% 27.00% 28.00% 29.00% 30.00% 31.00% 32.00% 33.00% 34.00% 35.00% 36.00% 37.00% 38.00% 39.00% 40.00% 41.00% 42.00% 43.00% 44.00% 45.00% 46.00% 47.00% 48.00% 49.00% 50.00% 51.00% 52.00% 53.00% 54.00% 55.00% 56.00% 57.00% 58.00% 59.00% 60.00% 61.00% 62.00% 63.00% 64.00% 65.00% 66.00% 67.00% 68.00% 69.00% 70.00% 71.00% 72.00% 73.00% 74.00% 75.00% 76.00% 77.00% 78.00% 79.00% 80.00% 81.00% 82.00% 83.00% 84.00% 85.00% 86.00% 87.00% 88.00% 89.00% 90.00% 91.00% 92.00% 93.00% 94.00% 95.00% 96.00% 97.00% 98.00% 99.00% 100.00%

www.IBM.com

ห่วงเดินทางไกล	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> รับฟ้าผ่าบุวย	<input type="checkbox"/> จัดการภัยเดินทางไกล	<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือไข่(Pocket mask)
การดูแลแม่ลูก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> การดูแลทารุณแม่ลูก	<input type="checkbox"/> ทำเมดเค	
การดูแลครรภ์	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ฉีดยาแก้เมื่อยล้า/musling	<input type="checkbox"/> แนะนำการดูแลตนเองของคนตั้งครรภ์และแม่ลูก	
ช่วยเพื่อนคุณเข้า	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ทาร		

Digitized by srujanika@gmail.com

บ้านที่ต้องการซื้อขายบ้าน	บ้าน _____	<input type="checkbox"/> รา.ริช	<input type="checkbox"/> รา.เด่น	
ห้องนอน	<input type="checkbox"/> แบบห้อง/ห้องนอนห้องน้ำว่าง	<input type="checkbox"/> ห้องนอน _____	<input type="checkbox"/> ห้องน้ำห้องน้ำว่าง	<input type="checkbox"/> ห้องน้ำห้องน้ำว่าง (เมื่อก่อให้มากกว่า ๑ ห้อง)
ผู้ติดต่อ	บ้าน _____	บ้าน _____		

5. การประเมินปรับเปลี่ยนทางกายภาพ ใบอนุญาต กฎหมาย และวิธีการจัดการภัยคุกคาม

HN _____	การวินิจฉัยโรค
หากลื้นหายใจ RR Triage 1 □ ไม่ต้องดูแล □ ต้องดูแล □ เดินทางไกล □ หายใจลำบาก □ หายใจเร็ว □ หายใจลำบากและหายใจเร็ว	
พะวงพิษทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องดูแล <input type="checkbox"/> ต้องดูแล <input type="checkbox"/> ห้ามเดินทางไกล <input type="checkbox"/> ห้ามเดินทางไกล ตาย
การหายใจดีดดับ	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องดูแล <input type="checkbox"/> ต้องดูแล <input type="checkbox"/> ห้ามเดินทางไกล <input type="checkbox"/> ห้ามเดินทางไกล ตาย
การหายใจงดขอก	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องดูแล <input type="checkbox"/> ต้องดูแล <input type="checkbox"/> ห้ามเดินทางไกล <input type="checkbox"/> ห้ามเดินทางไกล ตาย
ชื่อผู้ปกครอง _____	สำหรับเด็ก □ แม่ที่ดูแล □ พ่อที่ดูแล □ อื่นๆ _____

๖. ห้องน้ำที่ต้องการใช้ในโรงพยาบาล ให้สามารถเข้าใช้ได้โดย

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) จังหวัดแม่ฯ

1. หน่วยปฏิบัติการ

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ	วันที่	ชุดปฏิบัติการที่
ผู้นำหน้าที่สูงสุดบริการ	ราชบุรี	ราชบุรี
3.	ราชบุรี	ราชบุรี
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ <input type="checkbox"/> พบเหตุ <input type="checkbox"/> สถานที่ภัยเหตุ	เวลาการลง

2. ข้อมูลเวลา

	จำนวนครัวเรือน	จำนวนเด็ก	ระยะเวลาครุภูมิ	ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยเด็ก	ผู้ป่วยเด็ก
เวลา (น.)	10.00 น.	10.00 น.	10.00 น.	10.00 น.	10.00 น.	10.00 น.	10.00 น.
รวมเวลา (นาที)	Response time =	นาที		นาที	นาที	นาที	นาที
เวลา กม.	10.00 น.	10.00 น.					
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางที่ไป	กม.		ระยะทางที่กลับ	กม.	ระยะทางที่กลับ	กม.

3. ผู้เข้ามาเยี่ยม

ค่าดำเนินการที่ผู้ป่วย	รายการ	จำนวน	รายการ	จำนวน	รายการ	จำนวน
<input type="checkbox"/> คนไข้ เนขอัพเดตประวัติ (ปรับเป็น form)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> บรรยายอาการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ประเมินความเสี่ยง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ประเมินความต้องการ
<input type="checkbox"/> ญาติผู้รักษาหาย ประจำหน้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> แจ้งให้หน้าที่รับผิดชอบทราบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ประเมินความต้องการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ประเมินความต้องการ
<input type="checkbox"/> ลักษณะการรักษา <input type="checkbox"/> ผู้บาดเจ็บ <input type="checkbox"/> ผู้บาดเจ็บ <input type="checkbox"/> ผู้บาดเจ็บ <input type="checkbox"/> ผู้บาดเจ็บ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ประเมินความต้องการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ประเมินความต้องการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ประเมินความต้องการ

รายการผู้ป่วย

ประหาดผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> บาดแผลที่มีอุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> บาดแผลกดเส้น	<input type="checkbox"/> ความเสี่ยงต่อชีวิต	<input type="checkbox"/> ความเสี่ยงต่อชีวิต	<input type="checkbox"/> ความเสี่ยงต่อชีวิต	<input type="checkbox"/> ความเสี่ยงต่อชีวิต
ความเสี่ยงต่อชีวิต	<input type="checkbox"/> หัวใจดีดดับ	<input type="checkbox"/> ศีรษะ	<input type="checkbox"/> ท่อน้ำดื่มน้ำเสื่อม	<input type="checkbox"/> ท่อน้ำดื่มน้ำเสื่อม	<input type="checkbox"/> ท่อน้ำดื่มน้ำเสื่อม	<input type="checkbox"/> ท่อน้ำดื่มน้ำเสื่อม
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
บาดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> แผลตื้นๆ	<input type="checkbox"/> แผลตื้นๆ	<input type="checkbox"/> แผลตื้นๆ	<input type="checkbox"/> แผลตื้นๆ	<input type="checkbox"/> แผลตื้นๆ
กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก

ยกเว้น ศีรษะ/ศีรษะ ใบหน้า ลิ้นชัก/ลิ้นชัก หัวใจ/หัวใจล้มเหลว ช่องท้อง เศียรราน Extremities ผู้สูงอายุ Multiple injury back

อาการที่มีผลต่อชีวิต

หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ช่องท้องเสื่อม	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก

และการเคลื่อนไหว

หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ช่องท้องเสื่อม	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก

และการเคลื่อนไหว

หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
การหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
ช่องท้องเสื่อม	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
กระดูกผิดรูป	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก	<input type="checkbox"/> แตกหัก

และการเคลื่อนไหว

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> ใช้ยาเพื่อช่วย <input type="checkbox"/> ใช้ยาในรถ <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษาให้แก่ฉัน <input type="checkbox"/> ก่อเรื่องไปทางบ้าน <input type="checkbox"/> สามัญประจำทาง
---	--

แบบบันทึกการปักกิบติดงานหน่วยปักกิบติดการออกเดินเปื้องเดิน (EMR) จึงควรจะ

๓. หน่วยปฏิบัติการ

ចាំបាច់ជីថយៈ(CN).....

หน้าที่สี่

2. សំណងជានា

3. ผู้เชี่ยวชาญ

คำบัญญัติชื่อยื่นป่วย _____	ชาย _____ หญิง _____	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		
<input type="checkbox"/> กวนใจ เน่าชื้นร่วนมากจาก (ปรับเปลี่ยน format) _____	<input type="checkbox"/> บรรลุงานค่าต่อวัน			
<input type="checkbox"/> ขาดการดูแล บริการ _____	ขาดทักษะสื่อสารมาก _____			
สิ่งก่อการรักษา <input type="checkbox"/> ผู้ดูแล <input type="checkbox"/> ผู้ร้าร่างการ <input type="checkbox"/> ประคบรักษา <input type="checkbox"/> บรรลุงานค่าต่อวัน <input type="checkbox"/> ไม่มีพื้นที่ก่อป่วย				
ภาษาพูดป่วย				
ประเทาหรือป่วย <input type="checkbox"/> บานเสื้อกล้ามเสื้อ <input type="checkbox"/> เปิดถุงเดิน				
ความผูกพันตัว <input type="checkbox"/> รู้สึกดีว่า <input type="checkbox"/> รึ <input type="checkbox"/> หมายเหตุพัฒนาไป <input type="checkbox"/> หมายเหตุบุคุกามเดิน	<input type="checkbox"/> เมื่อเข้าโน่นออก			
การหายใจ <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่หายดี <input type="checkbox"/> ไม่หายดีมาก				
น้ำดมกล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แมลงดูด <input type="checkbox"/> จีกครา / ตัว <input type="checkbox"/> แมลงหกตัว <input type="checkbox"/> แมลงในตัว <input type="checkbox"/> ถูกขี้ <input type="checkbox"/> ถูกกัด <input type="checkbox"/> แมลงตัว <input type="checkbox"/> แมลงเป็นคู่				
กระซอกมีครูป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีครูป				
อวัยวะ <input type="checkbox"/> ศีรษะ/คอ <input type="checkbox"/> ในหน้า <input type="checkbox"/> ด้านซ้ายด้านขวา <input type="checkbox"/> ข้างล่าง/ข้างบน <input type="checkbox"/> ข้อต่อ <input type="checkbox"/> ทิ่มร้าว <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> ด้านซ้าย <input type="checkbox"/> Multiple injury back				
การช่วยเหลือ				
ทราบเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หาย <input type="checkbox"/> จึงยื่นป่วย <input type="checkbox"/> เปิดปากเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ใช้หน้ากากไข่ (Pocket mask)				
การฟื้นฟื้นเด็ก <input type="checkbox"/> ไม่ได้หาย <input type="checkbox"/> การยกหัวนมเด็ก <input type="checkbox"/> หายดี				
การทราบครรภ์ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หาย <input type="checkbox"/> เปิดปากเดินหายใจ/sting <input type="checkbox"/> เมื่อทราบข้อมูลเมื่อรักษาของตัวเอง				
ช่วยเดินเดินชิม <input type="checkbox"/> ไม่ได้หาย <input type="checkbox"/> หาย				
ผลการดูแลรักษาขั้นเดิน <input type="checkbox"/> ไม่ดูแลให้รักษา <input type="checkbox"/> รุค่า <input type="checkbox"/> คงเดิม/พัสดุ <input type="checkbox"/> ควบคุม <input type="checkbox"/> เมืองร้าว ณ ฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> น้ำดื่มใช้ชุมชนได้				

4. บุคลากรต้องรักษาความลับของเด็กและครอบครัว (โดยปฏิบัติหน้าที่ในสังคมที่ดำเนินการเพื่อประโยชน์ของเด็กอย่างเดียว)

บ้าส์ต่อรองถูกเมินไม่เหลือบานด์ ร้องๆ ร้องร้อง ร้องร้องร้อง
เจริญชัย เพลงร้องตามภาษากรีกโบราณนี่ด้วย แบบไทย บังคลั่งประทับ เป็นผู้ร้องเพลง เป็นกรรมการตัดสินเมืองให้ลูกทุ่ง 1 เซป
ดีสูบปราบภารণ ร้องๆ

5. แบบประเมินวัดความก้าวหน้าทาง ไปต่อจาก รายงานผล ประจำปีโรงเรียนการอาชีวศึกษา

HN.....	การใช้มือถือไว้
ขอแสดงความเห็นตามแบบ ER (ER Triangulation) <input type="checkbox"/> มากกว่าครึ่ง <input type="checkbox"/> ครึ่งถึงสามquarter <input type="checkbox"/> สามquarter ถึงสี่quarter <input type="checkbox"/> เท่ากับสี่quarter <input type="checkbox"/> น้อยกว่าครึ่ง <input type="checkbox"/> น้อยกว่าครึ่งครึ่ง <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ครึ่งครึ่ง	
การทำเงินรายได้	<input type="checkbox"/> ไม่เข้ามีน <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำแต่คนขายของ <input type="checkbox"/> ทำแต่คนขายของ ระบุ _____
การท่องเที่ยว	<input type="checkbox"/> ไม่เข้ามีน <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำแต่คนขายของ <input type="checkbox"/> ทำแต่คนขายของ ระบุ _____
การค้าขายครอบครัว	<input type="checkbox"/> ไม่เข้ามีน <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำแต่คนขายของ <input type="checkbox"/> ทำแต่คนขายของ ระบุ _____
ชื่อผู้ดำเนิน	ตัวแทน <input type="checkbox"/> ผู้จัดการ <input type="checkbox"/> พนักงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____

๖. ผลการพัฒนาคุณภาพปัจจุบันของนักเรียน

Admitted Yes No
 ทุกอย่างดีเยี่ยม ดีมากในระดับ เป็นระดับ良 ปฏิเสธการเข้าใจที่มีอยู่ ก็เป็นไปตามปัจจัย การเข้าใจไม่ทราบผล

แผนบันทึกการประวัติทางหน่วยเบิกบิการฉุกเฉินเป็นอิสระ (EMR) ชี้ให้เห็น

៣. អង់គ្លេសប្រើប្រាស់ការ

สำเนาด้านซ้าย(CN).....

1879年1月

ชื่อผู้ท่านปฏิบัติการ	วันที่	ปฏิบัติการที่
เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ 1	รหัส 2	รหัส
3	รหัส 4	รหัส
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	<input type="checkbox"/> พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ
	เบิกการณ์	

2. សំណងជាន់

	ชื่อเด็กชาย	ชื่อเด็กหญิง นักเรียนการเรียน	ผลการคุ้นเคย	มีสัมภาระมาก	ผลการพัฒนาศักยภาพ	ผู้สอน	ผู้ดูแล	
เวลา (น.)	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	_____ น.	
รวมเวลา (นาที)	Response time = _____ นาที			_____ นาที		_____ นาที		
เวลา (น.)	_____ นาที		_____ นาที		_____ นาที		_____ นาที	
รวมเวลา (นาที)	รวมเวลาของเด็ก _____ นาที		_____ นาที		รวมเวลาของครู _____ นาที		_____ นาที	

3. គ្រឿងរាជរដ្ឋ

ค่าดำเนินการซื้อขายบ้าน _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input checked="" type="checkbox"/>	บริการที่นักเรียนต้องการ _____
<input type="checkbox"/> ค่าเงินเดือน เงินเดือนรับประทาน (ปริญน์ format) _____	<input type="checkbox"/> ผู้ดูแลคนเดียว _____
<input type="checkbox"/> ชาติพันธุ์ _____ เนชั่นลิตเตอร์ _____	<input type="checkbox"/> ผู้ดูแลคนสองคน _____
ให้ข้อมูลการรักษา _____ <input type="checkbox"/> ดูแลของ _____ <input type="checkbox"/> ดูแลรายการ _____ <input type="checkbox"/> บังคับเด็กดูแล _____ <input type="checkbox"/> ตรวจสอบรายการ _____ <input type="checkbox"/> ไม่มีพี่เลี้ยงบังคับดูแล _____	

九月三十日

ประณามเหลือชี้ว่า	<input type="checkbox"/> บากเชิงปฏิเสธ	<input type="checkbox"/> บากอย่างเดียว							
ความรู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> รู้สึกดีดี	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> หมายความดีบวกมาก	<input type="checkbox"/> หมายความดีไม่เท่าไร	<input type="checkbox"/> หมายความไม่ดี				
ภาระทางใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เร็ว	<input type="checkbox"/> ช้า	<input type="checkbox"/> ไม่เกี่ยวข้อง	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ				
ภาษาแสดง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> แสดงออกออก	<input type="checkbox"/> ดึงมาจาก / ตัด	<input type="checkbox"/> แสดงฟังเข้า	<input type="checkbox"/> แสดงให้เห็น	<input type="checkbox"/> ถูกจับ	<input type="checkbox"/> ถูกมอง	<input type="checkbox"/> กล่าวอะไรเด็กๆ กัน	<input type="checkbox"/> ถูกกระซิบ
การสูญเสียครุรุป	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีครุรุป							

卷之三

หมายเหตุ	หมายเหตุ					
หมายเหตุ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ก่อ	<input type="checkbox"/> ลักทรัพย์บ้า	<input type="checkbox"/> เป็นเหตุคืนกลอย	<input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocket mask)		
การด้านเสือ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ก่อ		<input type="checkbox"/> การกระดานเสือ	<input type="checkbox"/> ทารแพ		
การด้านกระซูก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ก่อ		<input type="checkbox"/> น้ำตกน้ำ/น้ำตกน้ำ	<input type="checkbox"/> มีอุบัติเหตุทางถนนหรือทางเดินที่ชุมชน		
ช่วยเพื่อนเดินข้าม	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ก่อ		<input type="checkbox"/> ท่า			
ผลกระทบของภัยจากเชื้อโรค	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นเชื้อโรค	<input type="checkbox"/> งู	<input type="checkbox"/> คลอดเมด/คลอด	<input type="checkbox"/> ทุ่งหญ้า	<input type="checkbox"/> เป็นไวรัส ณ บุกเบิกเหมือง	<input type="checkbox"/> น้ำดื่มน้ำดื่มน้ำดื่ม

4. หัวมุมที่การตั้งค่าเป็นไปอย่างพิเศษ (โดยทั่วไปเป้าที่บันทึกและลักษณะการทึบช่องทางเดินทาง)

បានសេវាដូចណា និងអារម្មណ៍ ពេលវេលាទៅក្នុងការបង្កើត រាជធានី រាជរដ្ឋាភិបាល
ទេសចរណ៍ សមាគម/សមារមទីផ្សារ សមាជិក ជីវិតបំផុត ភីអីអីបំផុត ភីអីអីបំផុត (ដើម្បីកើតមាតការ 1 គីឡូ)
ជីវិតបំផុត រាជក្រឹត

๕. การประเมิน/ปรับปรุงการดำเนินโครงการฯ ให้บรรลุผลลัพธ์ ตามเป้าหมาย ปัจจุบันที่ได้ตั้งไว้

HN.  การวินิจฉัยโรค				
ระบุลักษณะการติดเชื้อ(CTI Triangon) <input type="checkbox"/> บล็อกด้านซ้าย <input type="checkbox"/> บล็อกด้านขวา <input type="checkbox"/> บล็อกด้านล่าง <input type="checkbox"/> บล็อกด้านบน <input type="checkbox"/> หัวใจที่ไม่ถูกบล็อก <input type="checkbox"/> หัวใจที่บล็อก <input type="checkbox"/> หัวใจที่บล็อกด้านซ้ายและด้านขวา <input type="checkbox"/> หัวใจที่บล็อกด้านบนและด้านล่าง				
ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากและหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากและหายใจลำบาก ร้าว
การหายใจเสียด	<input type="checkbox"/> หายใจเสียด	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากและหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากและหายใจลำบาก ร้าว
การหายใจรบกวน	<input type="checkbox"/> หายใจเสียด	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากและหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากและหายใจลำบาก ร้าว
ชื่อผู้ป่วย _____	สัญชาติ _____	เพศ _____	อายุ _____	สีผิว _____

6. ผลการรักษาที่เกินไปจากงาน (คิดถึงในวันเดือน)

Admitted Yes No
 ຖុនា ក្រោមអេតិចីន ចំណេះការបែងចែក ដើរទីនៅក្នុង ភ្នំពេញ ប្រើប្រាស់ការវិទ្យាអង់គ្លេស កំណើនថ្មីបាន គោលនយោបាយ

๑. แนวคิดที่สำคัญ

สำเนาด้านผู้ป่วย(CN).....

เขียนโดย

ชื่อหน่วยบัญชีการ	บริษัท กานดา	วันที่	๒๕๓๗	บัญชีการที่	
เพียงบันทึกไว้ให้บริการ	1 ลูกค้า	รหัส	2 ท่าน	รหัส	
	3	รหัส	4	รหัส	
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	<input checked="" type="checkbox"/> พบเหตุ	สถานะที่เกิดเหตุ	3 พบเหตุ ไม่พบเหตุ	
	หมายเหตุ				

2. សារព័ត៌មាន

	ร้านค้าชั้นนำ	ร้านค้าที่ดีที่สุด ผู้เชี่ยวชาญการค้า	สถานที่ตั้ง	เดือนที่เปิดดำเนินการ	ยอดขายทั้งหมด	จำนวน	เดือน
เวลา (น.)	15.04	15.08 น.	15.12 น.	13.18 น.	13.15 น.	13.20 น.	13.53
ราคาน้ำมัน (บาท)	Response time = _____ นาที			_____ นาที		_____ นาที	
ยอด กม.	103.003		107.003		103.560	101.072	
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางที่ไป _____ กม.		ระยะทางที่กลับ _____ กม.				

3. សំណងការ

สำนักงานที่ซื้อสูตร <u>สำนักงาน จังหวัดฯ</u> รายการ <u>๑๙๔</u> ชั้น เหล็ก <input type="checkbox"/> ชากัง <input type="checkbox"/> หอยสื้อ <input type="checkbox"/> คานพิมพ์ แหล่งบริการสาธารณะ (บันทึกเรื่องราวด้วยตัวเอง) <u>๒๒๐๗๐๐๐๕๖๗๖</u> <input type="checkbox"/> บรรยายผ่านวิทยุ <input type="checkbox"/>	หมายเหตุที่สำคัญ <input type="checkbox"/> ภาษาไทยและอังกฤษ <u>ภาษาไทย</u> <input type="checkbox"/> ผู้ผลิตและจัดจำหน่าย <u>บริษัทฯ</u> <input type="checkbox"/> ประเภทของหนังสือ <u>หนังสือเรียนภาษาไทย</u> <input type="checkbox"/> หมายเหตุอื่นๆ <u>ดูรายละเอียด</u>
---	--

四百三

ประทับตราปีบัว	<input type="checkbox"/> บานเย็น/ญี่ปุ่น/เมือง	<input type="checkbox"/> บ้านญี่ปุ่นเดิน							
ความสำคัญต่อ	<input checked="" type="checkbox"/> ลูกหลาน	<input type="checkbox"/> รุ่น	<input type="checkbox"/> หมายถือปีกุ้งเดิน	<input type="checkbox"/> หมายถือปีกุ้งไมเดิน	<input type="checkbox"/> หมายถือไว้ใช้ขาย				
การหาอยา	<input type="checkbox"/> ปลากัด	<input type="checkbox"/> เรือ	<input type="checkbox"/> ตู	<input type="checkbox"/> เม็ดน้ำทะเล	<input type="checkbox"/> ไม่เก็บไว้				
ขายเผยแพร่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> และออกเอกสาร	<input checked="" type="checkbox"/> จัดขาย / หีบ	<input type="checkbox"/> หมายถือร้า	<input type="checkbox"/> หมายถือหีบ	<input type="checkbox"/> ตุกติ้ง	<input type="checkbox"/> ญี่ปุ่น	<input type="checkbox"/> ญี่ปุ่นเดิน	<input type="checkbox"/> ญี่ปุ่นเดินขาย
กระดูกมีครุภัณฑ์	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีครุภัณฑ์							

第5章

การซ้อมหนีไฟ					
สามารถหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> หอบหืดหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก	<input type="checkbox"/> หัวใจหายใจ(Pocket mask)	
การห้ามมือชื้อ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ห้าม	<input type="checkbox"/> ห้ามหัวใจเดือด	<input type="checkbox"/> ห้ามหายใจ		
การควบคุมร่างกาย	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจลมไม่เข้า/ออก	<input type="checkbox"/> หายใจลมหายใจไม่เข้า/ออก		
ช่วยฟื้น甦ชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจ			
ผลของการซ้อมหนีไฟที่ต้องการ	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถหายใจ	<input type="checkbox"/> หอบหืด	<input type="checkbox"/> หัวใจเต้นแรง	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> เสียงหัวใจดี

4. หัวข้อการตัดสินใจลงทุนของบุคคล (โดยทั่วไป ที่มีผลลัพธ์ของการตัดสินใจ)

บ้าส์รักพี่ขออุบกมินไรมายาภัย _____ สถาบัน _____ ราชวิถี มหาวิทยาลัย
เหตุผล เนื่องจากความต้องการของคนไข้ อุบัติเหตุ มีบุคคลประทับใจ เป็นผู้ป่วยหน้า เป็นกรรมการประจำองค์กรหรือได้มาจากการอ้าง
ผู้ช่วย/อาจารย์ _____ รหัส _____

๕. การประเมิน/บีบอุ้งการนำเสนอ (ใบคะแนน ผลการนำเสนอ ประชุมที่ได้รับการอนุมัติ)

HN ๐๒๔๖ ๐๒๔ การรับนิยมต่อไป	
ระดับการศึกษา (ER Triang) <input type="checkbox"/> ภาคตะวันออก (I.1, I.2) <input type="checkbox"/> เพื่อศึกษาเพื่อนบ้าน (I.3) <input type="checkbox"/> เทศบาลไม่ได้เป็นเมือง (I.4) <input type="checkbox"/> ชาวท้องถิ่น (I.5) <input type="checkbox"/> ล่า (ใช้ภารกิจการค้าการลงทุนที่ไม่ได้ผูกพัน)	
ทางเดินทางไกล	<input type="checkbox"/> ไม่เจ้าบ้าน <input type="checkbox"/> ไม่ได้ท้า <input type="checkbox"/> ทำแมลงเพาะปลูก <input type="checkbox"/> ทำแมลงเพาะปลูก ระบุ _____
การห้ามเมือง	<input type="checkbox"/> ไม่เจ้าบ้าน <input type="checkbox"/> ไม่ได้ท้า <input type="checkbox"/> ทำแมลงเพาะปลูก <input type="checkbox"/> ทำแมลงเพาะปลูก ระบุ _____
การพยายามชุมชน	<input type="checkbox"/> ไม่เจ้าบ้าน <input type="checkbox"/> ไม่ได้ท้า <input type="checkbox"/> ทำแมลงเพาะปลูก <input type="checkbox"/> ทำแมลงเพาะปลูก ระบุ _____
เชิงลึกประเมิน	<input type="checkbox"/> คำบรรยาย <input type="checkbox"/> ภาพพจน์ <input type="checkbox"/> ภาพกราฟ <input type="checkbox"/> ขั้นที่ _____

๖. ผลลัพธ์จากการใช้โภชนาญาณ ในการดำเนินการต่อไปนี้

Admitted Yes No
 ยุ่งยาก รักษาดูแลลำบาก มีภาระดูแลในครอบครัว เป็นภาระในทางการเงิน ปฏิเสธการรักษาพยาบาล กลัวไปโรงพยาบาล ความลี้ลับในกระบวนการ

๑. แนวคิดปฏิบัติการ

ສຳເນົາຕົນເສີ່ມປ້ວຍ(CN)

ເລກທີ່ປົວ

ชื่อผู้มายกฟ้อง	บุญเรือง ใจดี	วันที่	15/12/2565	ปฏิบัติการที่	
เข้ามาที่ญี่ปุ่นกี่วัน	3	รหัส	2	รหัส	
	3	รหัส	4	รหัส	
ผลการนับปฏิทาน	<input type="checkbox"/> ไม่พบเหตุ	<input checked="" type="checkbox"/> พบรหณุ	สถานที่เก็บเหตุ	ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย	
			พื้นที่การนับ	ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย	

2. ຜົນມະນາຄາ

ชื่อเจ้าของทรัพย์	บ้านเลขที่/ชื่อถนน	เบอร์โทรศัพท์	เมือง/จังหวัด	ผู้ควบคุมตัวทรัพย์	ผู้นำพาตัวทรัพย์มา	วันที่	เดือน/ปี
เจ้า (บ.)	9213	1419	22.50.4.	1233.14.	10.24.4.	15.00.11.	15.35.11.
รวมเวลา (นาที)	Response time = _____ นาที				นาที		นาที
เบอร์ กม.	902288		153229		102368	103376	
ตรวจสอบ (กม.)	รวมรวมเวลาทั้งหมด _____ กม.				รวมเวลาทั้งหมด _____ กม.		

๓. ผู้ที่สนใจ

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย	อายุ <u>50</u> ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input checked="" type="checkbox"/> หญิง	เบอร์โทรศัพท์ <u>081-7011032</u>
<input type="checkbox"/> คุณป้า/น้า แหล่งเรียนรู้ประเพณีไทย (เป็นinformal)	<input type="checkbox"/> ผู้ดูแลคนในครอบครัว	บ้านเลขที่ <u>123</u> ถนน <u>สุขุมวิท</u> แขวง <u>คลองเตย</u> กรุงเทพมหานคร <u>10110</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ชาวต่างด้าว เชื้อชาติ <u>พม่า</u>	พยาบาลที่ดูแลลูกน้อง <u>พยาบาล A</u>	สถานที่เดินทาง <u>กรุงเทพฯ</u>
สาเหตุการรักษา <input type="checkbox"/> ภัยธรรมชาติ <input type="checkbox"/> จราจรสภาพ <input type="checkbox"/> ประวัติการ <input type="checkbox"/> ประวัติความ <input type="checkbox"/> ความประพฤติ <input type="checkbox"/> ไม่มีผลลัพธ์บวกกับ	ผลการตรวจ <input type="checkbox"/> ไข้สูง <input type="checkbox"/> ไอแห้ง <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไอแห้ง <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ไข้สูง <input type="checkbox"/> ไอแห้ง <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก	

四三

ประณามทรัพย์สิน	<input type="checkbox"/> บานเชิง/อุบลเดียว	<input checked="" type="checkbox"/> บานดูกรเมิน		
ความรู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> ภูมิใจดี ดี ดีมาก	<input type="checkbox"/> หมกเม็ดปักกี้ดี หมกเม็ดปักกี้ไม่ดี	<input type="checkbox"/> หมกเม็ดปักกี้ไม่ดี ไม่เข้าใจ ไม่เข้าใจ	<input type="checkbox"/> เนื่องเรื่องความ
การหาประโยชน์	<input type="checkbox"/> ปลด รื้อ รื้อ	<input type="checkbox"/> จัด จัด	<input type="checkbox"/> ผ่อนผันแบบ ผ่อนผันแบบ	
บานคณฑ์	<input type="checkbox"/> ไม่มี มี	<input type="checkbox"/> แมลงศือดอก ดีกว่าตัว/ตื้อ	<input type="checkbox"/> แมลงศือด้า แมลงให้ดี	<input type="checkbox"/> ลูกวิธี ลูกแมลง ล่วงเวลาต้องขาด ลูกแมลง
กรรมสูตรน้ำดูด	<input type="checkbox"/> ไม่มี มี	<input type="checkbox"/> มีครู่		

• 附录与参考文献

ทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หอบ	<input type="checkbox"/> จัดหายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> เป็นทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocket mask)
การหายใจเสียด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หอบ	<input type="checkbox"/> หายใจหอบหนักมาก	<input type="checkbox"/> หายใจเสียด	
การดูดนมหรือนม	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หอบ	<input type="checkbox"/> น้ำนม/น้ำนมทิ้ง	<input type="checkbox"/> น้ำนมดูดนม	
ช่วยพื้นที่น้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้หอบ	<input type="checkbox"/> หอบ		

4. หมายเหตุการต่อสืบที่ไม่ต้องพิจารณาบานด์ (โดยรักษาเป็นลับ/ไม่รับการพิจารณาบันทึกคุณธรรม)

ປ່າສົກຫົວຂອງກົມນີນໄຮ້ຮ່າງການ _____ ລວມ 100 ລວມຈິງ ລວມເກືອນ
ເຫດຜູກ ເພີ້ມຄະນະ/ສາມາດຮັບຮົມກຳນົດ ດູງໃຫຍ່ ເປັນຕິກໍາຮັບຕິນ ເປັນຫຼູ້ປ່າຍກາ ເປັນກວານປັບປຸດ (ເລືອດກຳໄຟມາກອງ 1 ຮູບ)
ຜູ້ສ່ວນປ່າຍການ ບູນ-ຕີບ ລວມ 100

5. ការប្រអប់/ទីបន្ទាន់ការណ៍ដំឡើង (តម្លៃផលិត អយ្តាបាយ ប្រាជុំនៃពេលវេលាបានទីបុរិយោគ)

HN 034-7226	การรับใช้ผู้ป่วย
ขาดทิ้งการตั้งแต่แรก (Drop Triangle) <input type="checkbox"/> แสดงว่าเกิดขึ้นแล้ว <input checked="" type="checkbox"/> แพทย์ต้องรีบดำเนินการ <input type="checkbox"/> ไม่เกี่ยวไปกับความเร่งด่วน <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้น <input type="checkbox"/> ล้า (Drop Triangle คือการขาดการติดตามผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ป่วย)	
ห้ามเดินทางไกล	<input type="checkbox"/> ไม่อาจเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input checked="" type="checkbox"/> ทำและสามารถ <input type="checkbox"/> ทำและไม่สามารถ เนื่องจาก _____
การทิ้งยาเสพติด	<input type="checkbox"/> ไม่อาจเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input checked="" type="checkbox"/> ทำและสามารถ <input type="checkbox"/> ทำและไม่สามารถ เนื่องจาก _____
การรักษากระดูก	<input type="checkbox"/> ไม่อาจเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input checked="" type="checkbox"/> ทำและสามารถ <input type="checkbox"/> ทำและไม่สามารถ เนื่องจาก _____
ผู้ป่วยประสาทชา	<input checked="" type="checkbox"/> สำหรับ <input type="checkbox"/> แมลง <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> ฉีด ๆ _____

๓. ผลการเข้ามาที่/ไม่ได้ทางการ (มีผลในวันเดียว)

Admitted Yes No
 ทุกมา รักษาต่อที่อื่น อั้งรักษาในประเทศ เนื้อรังใน ๙๐% ปฏิเสธการรักษาทันที กดันไปปลูกฟัน ความต้องจำการรักษา

1. หน่วยปฐมพิทักษณ์

ลำดับผู้ป่วย(CN).....

เลขที่ผู้ป่วย.....

ชื่อหน่วยปฐมพิทักษณ์	วันที่	นิติบัตรการรักษา	
เข้ามาที่ศูนย์ให้บริการ	เวลา	รหัส	
3.	วันที่	รหัส	
ผลการปฐมพิทักษณ์	□ ไม่พบเหตุ	□ พบเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ
	เด็กแรกเกิด		

2. ข้อมูลเวลา

	ชื่อเด็กเหตุ	วันเดือนปีของเด็กเหตุ	อายุเด็กเหตุ	วันเดือนปีเด็กเหตุ	วันเดือนปีเด็กเหตุ	วันเดือนปีเด็กเหตุ	วันเดือนปีเด็กเหตุ
เวลา (น.)	09:10 น.	00/00	00/00	00:00 น.	00:00 น.	10:10 น.	00:00 น.
รวมเวลา (นาที)	Response time = _____ นาที			นาที	นาที	นาที	นาที
เวลา กม.	00.0000			10.0000	00.0000	00.0000	00.0000
ระยะทาง (กม.)	รวมระยะทางที่ใช้ _____ กม.			ระยะทางที่ใช้ _____ กม.	ระยะทางที่ใช้ _____ กม.	ระยะทางที่ใช้ _____ กม.	ระยะทางที่ใช้ _____ กม.

3. ลักษณะบาดเจ็บ

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย _____ สาเหตุ _____ อายุ _____ ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	ผู้เก็บเรื่องคือ _____
<input type="checkbox"/> คนไข้ และบุตรหลาน (<input type="checkbox"/> บุตรที่ไม่ใช่บุตร)	<input type="checkbox"/> ผู้รายงานผู้ดูแล
<input type="checkbox"/> ญาติผู้ใด _____ เกษียร์ที่ห่วงโซ่เดินทาง _____	ผู้เดินทางเดินทาง _____
ติดต่อการรักษา <input type="checkbox"/> ดำเนินการ <input type="checkbox"/> ริบาร์บาร์ <input type="checkbox"/> ประคบรักษา <input type="checkbox"/> แจ้งภัยสัตว์ <input type="checkbox"/> แจ้งภัยมนุษย์ <input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแลบุตร	ผู้เดินทางเดินทาง _____

อาการผู้ป่วย

ประ再多ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> บาดอุบัติเห็น	<input type="checkbox"/> กระเพาะมือ
ความดันโลหิต <input type="checkbox"/> ต่ำ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> หัวใจเต้นสูง <input type="checkbox"/> หัวใจเต้นต่ำ
การหายใจ <input type="checkbox"/> หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากมาก
น้ำดี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มาก <input type="checkbox"/> น้ำดี <input type="checkbox"/> น้ำดีมาก <input type="checkbox"/> น้ำดีมากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากมาก
กระดูกผิดรูป <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีครุ่น <input type="checkbox"/> กระดูกหัก <input type="checkbox"/> กระดูกหักมาก <input type="checkbox"/> กระดูกหักมากมาก	<input type="checkbox"/> กระดูกหัก <input type="checkbox"/> กระดูกหักมาก <input type="checkbox"/> กระดูกหักมากมาก

อาการ กระดูก/กระดูก ใบหน้า ศีรษะ/หัวใจ หลัง/กระดูกสันหลัง กระดูกท้อง กระดูกท้องมาก กระดูกท้องมากมาก

การท่องเที่ยว

ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocketmask)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
กระดูกหัก <input type="checkbox"/> ไม่ได้หัก <input type="checkbox"/> หัก <input type="checkbox"/> หักมาก <input type="checkbox"/> หักมากมาก	<input type="checkbox"/> หัก
กระดูกหัก <input type="checkbox"/> ไม่ได้หัก <input type="checkbox"/> หัก <input type="checkbox"/> หักมาก <input type="checkbox"/> หักมากมาก	<input type="checkbox"/> หัก
ช่องทึบหินซึม <input type="checkbox"/> ไม่ได้หินซึม <input type="checkbox"/> หินซึม <input type="checkbox"/> หินซึมมาก <input type="checkbox"/> หินซึมมากมาก	<input type="checkbox"/> หินซึม
และการถูกหลอก <input type="checkbox"/> ไม่ถูกหลอก <input type="checkbox"/> ถูกหลอก <input type="checkbox"/> ถูกหลอกมาก <input type="checkbox"/> ถูกหลอกมากมาก	<input type="checkbox"/> ถูกหลอก

และการถูกหลอก ไม่ถูกหลอก ถูกหลอก ถูกหลอกมาก ถูกหลอกมากมาก

4. แหล่งที่มาของผู้ป่วย (โดยทั่วไปเป็นที่มุมและผู้คนในการเดินทางของศูนย์ฯ)

มาตั้งแต่ต่อมาเมื่อ _____ วันมา <input type="checkbox"/> ราก <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
เดินทาง <input type="checkbox"/> เดินทาง/ทางเดินทาง <input type="checkbox"/> ทางเดินทาง <input type="checkbox"/> ทางเดินทาง <input type="checkbox"/> ทางเดินทาง <input type="checkbox"/> ทางเดินทาง	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก
เดินทาง <input type="checkbox"/> ทางเดินทาง	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก

5. การประเมิน/วินิจฉัยการนำส่ง (โดยแพทย์ พยาบาล ประจำโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ)

HN. _____ การวินิจฉัยโรค	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ระดับการตัดสินใจ(CFR Triage) <input type="checkbox"/> ไม่ต้องดูแล <input type="checkbox"/> ต้องดูแล <input type="checkbox"/> ต้องดูแลมาก <input type="checkbox"/> ต้องดูแลมากมาก	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากมาก
ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้หายใจ <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> เปิดทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ช่วยหายใจ(Pocketmask)	<input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมาก <input type="checkbox"/> หายใจลำบากมากมาก
กระดูกหัก <input type="checkbox"/> ไม่ได้หัก <input type="checkbox"/> หัก <input type="checkbox"/> หักมาก <input type="checkbox"/> หักมากมาก	<input type="checkbox"/> หัก <input type="checkbox"/> หักมาก <input type="checkbox"/> หักมากมาก
กระดูกหัก <input type="checkbox"/> ไม่ได้หัก <input type="checkbox"/> หัก <input type="checkbox"/> หักมาก <input type="checkbox"/> หักมากมาก	<input type="checkbox"/> หัก <input type="checkbox"/> หักมาก <input type="checkbox"/> หักมากมาก
ช่องทึบหินซึม <input type="checkbox"/> ไม่ถูกหลอก <input type="checkbox"/> ถูกหลอก <input type="checkbox"/> ถูกหลอกมาก <input type="checkbox"/> ถูกหลอกมากมาก	<input type="checkbox"/> หินซึม <input type="checkbox"/> หินซึมมาก <input type="checkbox"/> หินซึมมากมาก

6. ผลการรักษาที่ไม่ได้หมายเหตุ (ต้องมีในร้านเข้มข้น)

Admitted <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> รุกษา <input type="checkbox"/> รักษาอยู่ที่บ้าน <input type="checkbox"/> รักษาอยู่ในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการรักษา/หนีกัน <input type="checkbox"/> กลับไปบ้าน <input type="checkbox"/> ไม่รักษา
---	---

แบบบันทึกการปฏิบัติงานหน่วยปฏิบัติการอุกเดินเปือดพัน (EMR) จังหวัดเชียงใหม่

1. หน่วยงานที่มีผลต่อการ

ລຳຕັບເປົ້າຍ(CN).....

ເຫດທີ່ມີປວງ

ชื่อหน่วยบัญชีตัวการ	บริษัทฯ	วันที่	20/7/63	ประจำเดือน	
จำนวนที่รู้ไปเบริก	1 ใบอนุญาต	รหัส	2 ใบอนุญาต	รหัส	
	3 ใบอนุญาต	รหัส	4 ใบอนุญาต	รหัส	
ผลการบัญชีตัวการ	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบครุ <input checked="" type="checkbox"/> ทราบครุ	สถานที่บันทึก	ที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง จำนวน 2 ไร่ 2 งาน 2 วา		
		หมายเหตุ			

2. 金融市场

	ชื่อเจ้าของบ้าน ที่อยู่ในประเทศไทย	บ้านเลขที่/ถนน	วันเดือนปีเกิด	สถานะการพักอาศัย	วันเดือนปีเกิด	ชื่อ	ชื่อสกุล
เวลา (น.)	13-๕๙	13-๕๙	18.๖๖	18.๑๐.๓๑	18.๒๐.๓๑	18.๔๘
เวลาตอบเรื่อง (นาที)	Response time = นาที					นาที	นาที
เวลา กม.	109642			1091243		108877	108492
เวลาการติดต่อ (นาที)	รวมเวลาติดต่อทั้งหมด			รวมเวลาที่ติดต่อ		นาที	นาที

๓. ผู้เขียนป่าว

หน้าที่๑๘

ประณีตภูมิปัญญา	<input type="checkbox"/> ภาษาเดิม/อุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> บ่มเพลิง						
ความรู้สึกทั่วไป	<input checked="" type="checkbox"/> รู้สึกดี	<input type="checkbox"/> รื้น	<input type="checkbox"/> หมายเหตุบังคับเดิน	<input type="checkbox"/> หมายเหตุบังคับไม่เดิน	<input type="checkbox"/> เมื่อฟื้นตัว			
การหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจ	<input type="checkbox"/> เสียง	<input type="checkbox"/> หายใจดี	<input type="checkbox"/> หายใจดีบังคับ	<input type="checkbox"/> ไม่หายใจ			
ขนาดหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input checked="" type="checkbox"/> แสดงของตก	<input type="checkbox"/> ลือชาด้า / ลืดด้า	<input type="checkbox"/> แสดงหัวใจ	<input type="checkbox"/> หัวใจ	<input type="checkbox"/> หูกามะ	<input type="checkbox"/> ล้อเลี้ยงตัวช้ำด	<input type="checkbox"/> ลูกกระเบื้อง
การระคายเคือง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มีคุญ						

第六章

ทราบเดินทางต่างจังหวัด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เดินทาง	<input type="checkbox"/> เดินทางกลับบ้าน	<input type="checkbox"/> เดินทางกลับประเทศไทย	<input type="checkbox"/> ช่วยหน้ากาก(Pocket mask)
การท่องเที่ยวต่างประเทศ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เดินทาง	<input type="checkbox"/> เดินทางกลับห้องน้ำต้อง	<input type="checkbox"/> ห้องน้ำต้อง	<input type="checkbox"/> ห้องน้ำต้อง
การเดินทางต่างจังหวัด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เดินทาง	<input type="checkbox"/> เดินทางกลับบ้าน/ต่างจังหวัด	<input type="checkbox"/> เดินทางกลับบ้าน/ต่างจังหวัด	<input type="checkbox"/> เดินทางกลับบ้าน/ต่างจังหวัด
ช่วยเพื่อนเดินทาง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เดินทาง	<input type="checkbox"/> ห้องน้ำต้อง		

⁴ See also *Notes on the English Text*, pp. 1–2, and *Notes on the Author*, p. 1.

นำต่อให้สูงเป็นไปทางภาค	_____	เวลา _____	<input checked="" type="checkbox"/> พร้อม	<input type="checkbox"/> ไม่พร้อม
เหตุผล	<input type="checkbox"/> เป็นภารกิจ/ภาระของรัฐบาล	<input checked="" type="checkbox"/> อยู่ในเดือน _____	<input type="checkbox"/> เป็นช่วงปีงบประมาณ	<input type="checkbox"/> เป็นวันปีใหม่
ผู้ติดตามรายงาน	_____	ที่มา _____		

5. กรรมการผู้จัดการใหญ่ กรรมการผู้จัดการ กรรมการผู้อำนวยการที่ปรึกษา

HN: ๐๖๒๕๔๔	การวินิจฉัยโรค
รหัสศัลยกรรมและการผ่าตัด (ER Triage) <input type="checkbox"/> แพทย์วินิจฉัยดี <input type="checkbox"/> แพทย์วินิจฉัยพอ <input type="checkbox"/> แพทย์วินิจฉัยไม่ดี <input type="checkbox"/> ทางานดี ($\geq 80\%$) <input type="checkbox"/> ทางาน ($< 80\%$) <input type="checkbox"/> สา (เข้มแข็งทางกายภาพและมีความเสี่ยงในไม่ใช้ผู้ป่วย)	
อาการเดินทางไกล	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ท้า <input checked="" type="checkbox"/> ทำแผนตรวจทางห้อง <input type="checkbox"/> ทำแผนไม่ตรวจทางห้อง
การหายเมื่อตื่น	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บเป็น <input type="checkbox"/> ไม่ได้ท้า <input checked="" type="checkbox"/> ทำแผนตรวจทางห้อง <input type="checkbox"/> ทำแผนไม่ตรวจทางห้อง
การหายเมื่อรุก	<input type="checkbox"/> ไม่เจ็บเป็น <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ได้ท้า <input type="checkbox"/> ทำแผนตรวจทางห้อง <input type="checkbox"/> ทำแผนไม่ตรวจทางห้อง
ท้องถ่ายรุนแรง	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
คำขอรับประทาน	<input type="checkbox"/> ยาสามัญ <input type="checkbox"/> ยาแผนโบราณ <input type="checkbox"/> ยาแผนไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ

๖. ผลการรักษาที่ไม่ใช่พยาบาล (ติดตามในวันถัดไป)

Admitted Yes No
 ຖុក ដំឡាតាំង ជំឡាសក្រុងរាជ ជំឡាសន្និដ្ឋាន ប្រើប្រាស់ការដំឡានការងារ កំណើនការងារ គ្រប់គ្រងការងារ

1. หน่วยปฏิบัติการ

สำนักผู้ป่วย(CN).....

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ _____ วันที่ _____

เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ 1. _____ รหัส 2. _____ รหัส _____

2. _____ รหัส _____ รหัส _____ รหัส _____

ผลการปฏิบัติงาน ไม่พบเหตุ พบเหตุ สถานที่เกิดเหตุ _____ เหตุการณ์ _____