

แบบบันทึกการตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองระเวียง สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

ชื่อ-สกุล..... เพศ..... อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน..... วันที่คัดกรอง.....
บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดนครราชสีมา
น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ค่าดัชนีมวลกาย.....(น้ำหนัก/ส่วนสูง²) ☐ ปกติ ☐ เกิน รอบสะโพก.....ซม.
รอบเอว.....ซม. (ค่าปกติ ช. (ไม่เกิน 90ซม.) หญิง(ไม่เกิน 80ซม.) ☐ ต่ำ ☐ ปกติ ☐ เกิน

ความดันโลหิต ครั้งที่ 1...../..... ครั้งที่ 2...../..... ค่าปกติไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท ☐ ต่ำ ☐ ปกติ ☐ เกิน
ประวัติการเจ็บป่วย (โรคประจำตัว) ☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิต ☐ โรคเกาต์ ☐ เส้นเลือดสมอง ☐ ถุงลมโป่งพอง ☐ ไตวายเรื้อรัง
ประวัติการเจ็บป่วย (พ่อแม่/พี่น้อง) ☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิต ☐ โรคเกาต์ ☐ เส้นเลือดสมอง ☐ ถุงลมโป่งพอง ☐ ไตวายเรื้อรัง
ช่วงอายุที่ต้องเจาะ DTX อายุ 35 ปีขึ้นไป ค่า DTX ที่ได้.....mm/dl

พฤติกรรมสุขภาพ

การสูบบุหรี่ ☐ ไม่สูบ(1B52) ☐ เคยสูบแต่เลิกแล้ว.....ปี(1B51) ☐ สูบ(1B50)(ระบุ /)1-10 มวน/วัน (1B501)
.....11-19 มวน/วัน (1B502)
.....20 มวนขึ้นไป (1B503)
การดื่มสุรา ☐ ไม่ดื่ม(1B600) ☐ เคยดื่มแต่เลิกแล้ว.....ปี(1B601) ☐ ดื่ม(ระบุ /)หากไม่ระบุรายละเอียดการดื่ม ในช่วง 3 เดือน (1B609)
.....ดื่มนานๆ ครั้ง (เสี่ยงต่ำ) 1B602 , 1B610
.....ดื่มเป็นครั้งคราว (เสี่ยงปานกลาง) 1B603 , 1B611
.....ดื่มเป็นประจำ (เสี่ยงสูง) (Refer) 1B604 , 1B611 , 1B612
**ให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม (1B609) **ให้คำแนะนำแบบสั้นในการเลิกสุรา (1B610,1B611) **(Refer)เพื่อรับการประเมินและบำบัด (1B612)

การออกกำลังกาย ☐ ไม่ออกกำลังกายเลย ☐ ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ☐ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ
อาหารที่ชอบ ☐ มัน ☐ เค็ม ☐ หวาน ☐ ไม่ชอบ ไขมันในเลือด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ ไม่เคยตรวจ

แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ข้อ	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2 - 4 สัปดาห์	แทบไม่มี 0	บางครั้ง 1	บ่อยครั้ง 2	ประจำ 3	เกณฑ์คะแนนเต็ม 15 คะแนน
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก					0 - 4 ความเครียดน้อย
2	มีสมาธิน้อยลง					5 - 7 ความเครียดปานกลาง
3	หงุดหงิด / กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจ					8 - 9 ความเครียดมาก
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง					10 - 15 ความเครียดมากที่สุด
5	ไม่อยากพบปะผู้คน					

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)

ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ “ท่านรู้สึก หดหู่เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่” ☐ มี ☐ ไม่มี
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ “ท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่” ☐ มี ☐ ไม่มี