

แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพครอบครัว
Program Of Family Folder (POFF)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลครอบครัว

1. ข้อมูลที่อยู่

รหัสครอบครัว.....รหัสประจำบ้าน ชื่อผู้สำรวจตำแหน่ง

ชุมชน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนนแขวง

เขต กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

เหตุผลที่เข้าสำรวจไม่ได้ ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่มีผู้อยู่อาศัย อื่นๆ ระบุ.....

ประเภทครอบครัว พบเอง รับส่งต่อจาก.....

2. ข้อมูลทั่วไป

การใช้ประโยชน์อาคาร ที่พักอาศัย ที่พักอาศัยและสถานประกอบการ สถานประกอบการ

ประเภทการใช้ประโยชน์อาคารชื่อสถานประกอบการ..... ชื่อผู้ประสานงาน.....

โทรศัพท์ จำนวนประชากรที่ไม่สามารถเข้าสำรวจข้อมูลได้คน

อาศัยอยู่ในชุมชนนี้มานาน มากกว่า 5 ปี 1-5 ปี น้อยกว่า 1 ปี

รายได้รวมของครอบครัว ไม่ทราบ ไม่มีรายได้ น้อยกว่า 2,500 2,500-10,000 10,001-20,000 20,001 ขึ้นไป

ค่าใช้จ่ายของครอบครัว เหลือเก็บ พอเพียงไม่เหลือเก็บ ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน ไม่ทราบ

3. ข้อมูลสรุปสถานะของครอบครัว

ปัญหาที่ครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ ไม่มี มี ระบุ

ด้านสุขภาพอนามัย ด้านสังคมเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม

ประเภทของ Family Folder Home Visit..... Home Health Care เลขที่.....

4. ข้อมูลที่พักอาศัยและสุขภาพสิ่งแวดล้อม

ลักษณะบ้าน บ้านไม้เดี่ยว บ้านครึ่งตึกครึ่งไม้เดี่ยว ตึกเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ บ้านไม้เรือนแถว

บ้านครึ่งตึกครึ่งไม้ไม้เรือนแถว ตึกแถว อาคารชุด แฟลต ที่พักชั่วคราว อื่นๆ ระบุ

ประเภทที่อยู่อาศัย ของตนเอง เช่าซื้อ เช่า ที่ดิน/บ้าน อาศัยผู้อื่น หน่วยงานจัดให้ อื่นๆ (ระบุ)

อากาศถ่ายเท ดี ไม่ดี

แสงสว่างภายในบ้าน พอเพียง ไม่พอเพียง

ความสะอาด เป็นระเบียบ ดี พอใช้ ไม่ดี

น้ำดื่ม ถูกสุขลักษณะ ไม่ถูกสุขลักษณะ ระบุ

น้ำใช้ น้ำประปา ไม่ใช้น้ำประปา ระบุ

สุขา ถูกสุขลักษณะ ไม่ถูกสุขลักษณะ ระบุ

การกำจัดขยะมูลฝอย ถูกสุขลักษณะ ไม่ถูกสุขลักษณะ ระบุ

การกำจัดน้ำโสโครก ถูกสุขลักษณะ ไม่ถูกสุขลักษณะ ระบุ

น้ำท่วมขังบริเวณบ้าน ไม่มี มี ระบุ

สัตว์นำโรคที่เป็นปัญหา

หนู	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นปัญหา	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหา
แมลงสาบ	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นปัญหา	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหา
ยุง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นปัญหา	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหา
แมลงวัน	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นปัญหา	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหา

สภาพแวดล้อมนอกบ้าน ปลอดภัย ไม่ปลอดภัย ระบุ

สภาพภายในบ้านที่เป็นที่อยู่อาศัย ปลอดภัย ไม่ปลอดภัย ระบุ

สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ ไม่มี มี ระบุ

มลพิษทางอากาศ มลพิษทางเสียง มลพิษทางน้ำ อื่นๆ ระบุ

สัตว์เลี้ยงในครอบครัว ระบุ ชนิด

ในรอบปีที่ผ่านมา เกิด คน ตาย คน ย้ายเข้า คน ย้ายออก คน

5. การใช้บริการสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข เคยใช้ ไม่เคยใช้ แต่รู้จัก ไม่เคยใช้และไม่รู้จัก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลบุคคล

รายชื่อ	1	2	3	4
ชื่อ (ระบุ นาย นาง นางสาว) นามสกุล				
เลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก)				
เลขที่บัตรทอง				
วันที่เข้าอยู่				
เพศ	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
วัน/เดือน/ปี เกิด / อายุ (ปี)	/อายุ ปี	/อายุ ปี	/อายุ ปี	/อายุ ปี
เชื้อชาติ/สัญชาติ				
ศาสนา				
หมู่เลือด				
รายชื่อในทะเบียนบ้าน				
สถานะในครอบครัว				
สถานภาพสมรส				
ระดับการศึกษาสูงสุด (อายุมากกว่า 6 ปี)				
อาชีพ (อายุมากกว่า 13 ปี)				
ตำแหน่งทางสังคม (ถ้ามี ระบุ.....)				
สิทธิการรักษา (ระบุ ประเภท.....)				
ภาวะสุขภาพ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสีย <input type="checkbox"/> ป่วย	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสีย <input type="checkbox"/> ป่วย	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสีย <input type="checkbox"/> ป่วย	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เสีย <input type="checkbox"/> ป่วย
โรคประจำตัว				
หมายเหตุ				
การตรวจสุขภาพประจำปี	<input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ
น้ำหนัก / ส่วนสูง	กก./ ซม.	กก./ ซม.	กก./ ซม.	กก./ ซม.
การเข้าร่วมโครงการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน				
การวางแผนครอบครัว (ระบุ ประเภท.....)				
ประวัติการแพ้ยา	<input type="checkbox"/> แพ้ <input type="checkbox"/> ไม่แพ้	<input type="checkbox"/> แพ้ <input type="checkbox"/> ไม่แพ้	<input type="checkbox"/> แพ้ <input type="checkbox"/> ไม่แพ้	<input type="checkbox"/> แพ้ <input type="checkbox"/> ไม่แพ้
ปัญหาทางสังคม (ถ้ามี ให้ระบุ)				
การตรวจมะเร็ง (อายุ 35 ปีขึ้นไป)				
- ปากมดลูก (ในระยะเวลา 3 ปี)				
- เต้านม (ในระยะเวลา 3 ปี)				
หญิงตั้งครรภ์				
- ครรภ์ที่ / - กำหนดคลอด	ครรภ์ที่ /	ครรภ์ที่ /	ครรภ์ที่ /	ครรภ์ที่ /
- การฝากครรภ์				
หญิงหลังคลอด				
- ประวัติการคลอด (60 วัน)				
- การตรวจหลังคลอด (45 วัน)				
เด็กแรกเกิด - 6 ปี				
- ได้รับนมแม่ (แรกเกิด-1 ปี)				
- ภูมิคุ้มกันโรค (แรกเกิด-6 ปี)				
ผู้พิการ				
- ลงทะเบียน				
- ต้องการอุปกรณ์				
- การดูแล/ช่วยเหลือ				
กิจกรรมการพยาบาล				
1. การพยาบาล.....				
2. ให้คำแนะนำด้านสุขภาพเรื่อง.....				
3 การให้คำปรึกษา.....				
4 การส่งต่อ - ภายในระบุ.....				
- ภายนอกระบุ.....				

หมายเหตุ ส่งต่อภายใน ประกอบด้วย 1.เยี่ยมบ้าน 2.นักสังคมฯ 3.นักจิตฯ 4.ห้องปฏิบัติการ 4.1ส่งพบแพทย์ 4.2 การพยาบาล 4.3 ให้คำปรึกษา
ส่งต่อภายนอก 1.รพ.ตามสิทธิ์ 2.ศูนย์..... 3.อื่นๆ ระบุ.....