



แบบบันทึกประวัติและประเมินสมรรถนะผู้ให้บริการมารับ
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา
กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

แรกรับ
สข. 01-2

ข้อมูลบุคคล/หน่วยงานนำส่ง

- ชื่อ-สกุล.....ชื่อเล่นหรือที่เรียกกันทั่วไป.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี
- วันเดือนปี สัมภาษณ์แรกรับ.....ผู้ให้ข้อมูล ☐ เจ้าตัว ☐ญาติ..... ☐ ผู้นำส่ง.....
- ภูมิลำเนาเดิม ณ บ้านเลขที่.....หมู่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
- สถานที่อยู่ครั้งสุดท้ายและผู้ให้การอุปการะ.....
- ชื่อ-ที่อยู่บุคคล/หน่วยงานนำส่ง.....
(ระบุชื่อบุคคล/เลขที่ วันที่หนังสือราชการ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ)
- ประเภท ☐ ยากจน ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

7. สภาพร่างกายแรกรับ

- 7.1. ระดับความรู้สึก ☐ รู้สึกตัวดี ☐ สับสน ☐ ซึม ☐ ไม่รู้สึกตัว
- 7.2. ผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ ผื่นคัน/โรคผิวหนัง ☐ เชื้อรา..... ☐ บวมบริเวณ.....
☐ มีแผล บริเวณ.....
☐ มีแผลเป็น บริเวณ.....
☐ มีลายสัก บริเวณ.....
(ระบุรายละเอียดลักษณะและตำแหน่งของลายสัก)
- 7.3. การสื่อสาร ☐ ได้ยินชัดเจน ☐ ได้ยินไม่ชัดเจน : การใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง ☐ มี ☐ ไม่มี
ตา ☐ มองเห็นชัดเจน ☐ มองเห็นไม่ชัดเจน : สวมแว่นตา ☐ สวม ☐ ไม่สวม
การพูด ☐ ชัดเจน ☐ พูดติดอ่าง ☐ เป็นใบ้ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 7.4. การเคลื่อนไหว/การเดิน ☐ เดินได้เอง ☐ อาศัยคนอื่นช่วย ☐ ใช้อุปกรณ์ช่วย (ระบุ).....

8. สภาพจิตใจแรกรับ

- 8.1. การแสดงด้านพฤติกรรม ☐ ปกติ ☐ เฉยๆ/เฉยๆขริ้ม ☐ กระวนกระวาย ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 8.2. การแสดงออกทางอารมณ์ ☐ ปกติ ☐ เฉยๆ/เฉยๆขริ้ม ☐ สิ้นหนามีความวิตก ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 8.3. บุคคลที่มีความสำคัญ/ผู้รับบริการต้องการอยู่ใกล้ชิดมากที่สุด/ต้องการให้ติดต่อสื่อสาร
☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ ภรรยา/สามี
☐ บุคคลอื่น (ระบุ).....
เหตุผล.....
(ระบุรายละเอียดความสัมพันธ์ และสถานที่ติดต่อ (ถ้ามี))

9. แบบแผนการดำรงชีวิตประจำวัน

- 9.1. การนอน ☐ ปกติ ☐ นอนช่วงเช้า ☐ นอนช่วงบ่าย ☐ ไม่นอน.....
การใช้ยานอนหลับ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ ประจำ ☐ ไม่เคยใช้/ปฏิเสธ
- 9.2. การรับประทานอาหาร ☐ รับประทานเอง ☐ อาศัยคนอื่นป้อน จำนวนมื้อที่รับประทาน.....มื้อ/วัน
ปัญหาในการรับประทานอาหาร ☐ ไม่มี ☐ เคี้ยวลำบาก ☐ กลืนลำบาก ☐ อื่นๆ.....
- 9.3. การขับถ่าย : อุจจาระ ☐ ถ่ายทุกวัน วันละ.....ครั้ง ☐ ไม่ถ่ายทุกวัน ถ่าย.....วัน/ครั้ง
การขับถ่าย : ปัสสาวะ ☐ ปกติ ☐ ปัสสาวะขัด ☐ สวมปัสสาวะเป็นครั้งคราว
การควบคุมการขับถ่าย ☐ ปกติ ☐ ปัสสาวะ/อุจจาระทางรูเปิดหน้าท้อง
การใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ☐ ไม่จำเป็น ☐ จำเป็นต้องใช้
- 9.4. การอาบน้ำ/ชำระร่างกาย ☐ ทำเอง ☐ ต้องมีคนดูแล ☐ อาศัยคนอื่นช่วย
- 9.5. การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง.....
- 9.6. สิ่งเสพติด : สุรา ☐ ไม่ดื่ม/ปฏิเสธ ☐ นานๆ ครั้ง ☐ เป็นประจำ
สิ่งเสพติด : บุหรี่ ☐ ไม่สูบ/ปฏิเสธ ☐ นานๆ ครั้ง ☐ เป็นประจำ
สิ่งเสพติด : การใช้ยาหรือสิ่งเสพติดอื่นๆ ☐ ไม่มี/ปฏิเสธ ☐ มี (ระบุ).....

10. สภาพสังคมและเศรษฐกิจของผู้ใช้บริการ

- 10.1. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่
- 10.2. การรู้หนังสือ ☐ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ☐ วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด.....
- 10.3. บทบาทในครอบครัว ☐ หัวหน้าครอบครัว ☐ สมาชิกในครอบครัว (ระบุ).....
(ถ้าผู้ใช้บริการสามารถบอกรายละเอียด ให้ระบุชื่อสถานศึกษาด้วย)
- 10.4. บุคลิกภาพภูมิหลัง ☐ ชอบมีเพื่อน ☐ ชอบอยู่คนเดียวเงียบๆ
- 10.5. สภาพอารมณ์โดยทั่วไป ☐ ร่าเริง ☐ เจ็บขรุ้ม ☐ หงุดหงิด/ซีโมโห ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 10.6. งาน/อาชีพปัจจุบัน ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ อาชีพ..... รายได้ประมาณ.....บาท/เดือน
- 10.7. บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแล ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ สามเณร/ภรรยา ☐ บุตร
☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 10.8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ใช้บริการอาศัยอยู่ด้วย ☐ อยู่คนเดียว ☐ มีจำนวน.....คน

11. ประวัติการเจ็บป่วย

- 11.1. การเจ็บป่วย/โรคติดต่อ ☐ ไม่มี ☐ มี ได้แก่ ☐ เบาหวาน ☐ โรคหัวใจ ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ จิต/ประสาท
☐ วัณโรค ☐ ลมชัก ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- การปฏิบัติตนกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว.....
- 11.2. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่เคย ☐ เคย.....
(ระบุชื่อสถานพยาบาล/การเจ็บป่วย)
- ผู้นำส่งเข้ารับการรักษา.....
- 11.3. ประวัติทางพันธุกรรม.....

12. รูปร่าง

- 12.1. รูปร่าง ☐ สั้นท้วม ☐ สูงโปร่ง ☐ เตี้ย ☐ ท้วม ☐ อ้วน ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 12.2. ใบหน้า ☐ แหลม ☐ เหลี่ยม ☐ กลม ☐ ยาว ☐ รูปไข่ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 12.3. จมูก ☐ โด่ง ☐ โท ☐แบน ☐ บาน ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 12.4. ตา ☐ สองชั้น ☐ ชั้นเดียว ☐ เล็ก ☐ พองโต ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 12.5. ปาก ☐ บาง ☐หนา ☐ เล็ก ☐ ห้อย ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 12.6. สีผิว ☐ขาว ☐ ดำ-แดง ☐คล้ำ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- 12.7. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซ็นติเมตร

พิจารณาแล้วเห็นสมควร

1. นำส่งผู้รับบริการรายดังกล่าว เข้าพักในอาคาร ☐ เรือนนอน 1 ☐ เรือนนอน 2 ☐ เรือนนอน 3 ☐ เรือนนอน 4 ☐ อื่นๆ
2. มอบหมายให้ผู้ให้บริการชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....เป็นพี่เลี้ยงของบุคคลดังกล่าว

บันทึกข้อสังเกตเพิ่มเติม (การดูแล การเฝ้าระวัง หรือข้อสังเกตทั่วไป)

.....

.....

ผู้บันทึก.....ตำแหน่ง.....

ผู้ร่วมสัมภาษณ์แรกรับ

(.....)
ตำแหน่ง.....

(.....)
ตำแหน่ง.....

(.....)
ตำแหน่ง.....