**แบบรายงานผู้ป่วย หน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี( พอ.สว.)**

ชื่อ .................................................................. อายุ ............. ปี

ภาพถ่ายหน้าตรง

วัน/เดือน/ปี/ เกิด......................................................................................

ที่อยู่ .....................................................................................................

..................................................................................................................

บัตรประกันสุขภาพ เลขที่ ......................................................................
เลขประชาชน .......................................................................................

ป่วยด้วยโรค/ความผิดปกติที่พบ .............................................................

................................................................................................................

เบอร์โทรผู้ป่วย.........................................................................................

เบอร์โทรญาติ.............................................................................................

เบอร์โทรเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล...........................................................................

**ประวัติครอบครัว**

ลักษณะครอบครัว ................................................. จำนวนผู้อยู่อาศัย ......................คน

 อาชีพ ..................................................................... รายได้เฉลี่ย ............................. บาท

**สภาพที่อยู่อาศัย**

สภาพบ้าน ................................................................................................................................................
...............................................................................................................................................................................

**ประวัติการเจ็บป่วย**

.....................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................

อาการป่วย ณ ปัจจุบัน วันที่......................เดือน........................พ.ศ. .................................

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**ณ ปัจจุบันรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล**

...................................................................................................................................................................................

**ความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับ**

...................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

-๒-

**การช่วยเหลือที่เคยได้รับไปแล้วเบื้องต้น**

1. ด้านการแพทย์ ....................................................................................................................................
.............................................................................................................................................................
2. ด้านการศึกษา ......................................................................................................................................
.............................................................................................................................................................
3. ด้านอาชีพ ............................................................................................................................................
 .............................................................................................................................................................
4. ด้านสังคม ............................................................................................................................................
 ...........................................................................................................................................................

**ความต้องการการช่วยเหลือ (ณ ปัจจุบัน)**

 ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**ผู้ประสานงานระดับอำเภอ**

**ชื่อ -สกุล**

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**เบอร์โทร**

...................................................................................................................................................................................

**ทั้งนี้** ขอความอนุเคราะห์ถ่ายภาพผู้ป่วย /สภาพที่อยู่อาศัย จำนวน 6 ภาพ

 ให้ส่งข้อมูลทั้งหมดในรูปของ CD แยกเป็นรายบุคคล

ผู้ประสาน นางลฎาภา ชารีผล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 08 9628 0925

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ภาพถ่ายสภาพที่อยู่อาศัย