

ใบรายงานแพทย์

1. ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย.....เพศ.....อายุ.....
2. ประวัติการเจ็บป่วย.....
-
-

3. การวินิจฉัยโรค.....
- สาเหตุการสูญเสียอวัยวะ, สูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกายหรือทุพพลภาพ ในครั้งนี้
- อุบัติเหตุ เจ็บป่วย อื่นๆ.....

4. ผลการตรวจร่างกาย

- 4.1 กำลังของกล้ามเนื้อ (Muscle power) ของแขน - ขา
- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| ไม่มีกำลังเคลื่อนไหวได้เลย = 0 | เคลื่อนไหวด้านแรงดึงดูของโลกได้ = 3 |
| เคลื่อนไหวเพียงพอมองเห็นได้ = 1 | มีกำลังน้อย = 4 |
| เคลื่อนไหวได้ตามแนวราบ = 2 | มีกำลังปกติ = 5 |
- | | | |
|--------------|--------------|---------|
| การประเมิน | ข้างซ้าย | ข้างขวา |
| มือ = | มือ = | |
| แขน = | แขน = | |
| ขา = | ขา = | |
| เท้า = | เท้า = | |

- 4.2 ความเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle spasticity)
- ถ้ามี ระบุมาก น้อย ปานกลาง
- | | |
|---|---|
| ข้างซ้าย | ข้างขวา |
| มือ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | มือ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |
| แขน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | แขน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |
| ขา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ขา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |
| เท้า <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | เท้า <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |

- 4.3 การลีบของกล้ามเนื้อ (Muscle Atrophy)
- ถ้ามี ระบุมาก น้อย ปานกลาง
- | | |
|--|--|
| ข้างซ้าย | ข้างขวา |
| แขน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | แขน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |
| ขา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี | ขา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี |

- 4.4 Tendon Reflexes ของแขน - ขา
- | | |
|---------------|---------------|
| ข้างซ้าย | ข้างขวา |
| ข้อศอก | ข้อศอก |
| ข้อเข่า | ข้อเข่า |
| ข้อเท้า | ข้อเท้า |

- 4.5 การรับรู้ความรู้สึก (Sensory)
- ปกติ
- เสียการรับรู้ความรู้สึกคือ
- เจ็บ ที่ระดับ ถึง.....
- สัมผัสที่ระดับ..... ถึง.....

- 4.6 การเดิน (Gait)
- ปกติ เดิน ไม่ได้เลย
- เดิน ได้แต่เซเนื่องจาก Gait Ataxia
- เดิน ได้โดยมีคนพยุงหรือ เครื่องช่วยพยุง
- เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง
- อื่น ๆ ระบุ.....
-

- 4.7 การพูด (Speech)
- ปกติ พูด ได้แต่ไม่ชัดเจน
- พูด ได้ฟังผู้อื่น ได้ไม่ชัดเจน
- ฟังผู้อื่น ได้เข้าใจ แต่พูดไม่ได้
- พูด ไม่ได้และฟังผู้อื่น ไม่เข้าใจ
- อื่น ๆ ระบุ.....

- 4.8 การกลืนอาหาร
- อาหารธรรมดา สำลัก ไม่สำลัก
- อาหารอ่อน สำลัก ไม่สำลัก

- 4.9 การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน
- | | ทำได้ดี | ทำได้บ้าง | ทำไม่ได้ |
|----------------|---------|-----------|----------|
| รับประทานอาหาร | | | |
| เข้าห้องน้ำ | | | |
| แต่งตัว | | | |

4.10 การขยับถ่าย

	ควบคุม ได้	ได้บ้าง	ไม่ได้เลย
ปีสถานะ			
อุจจาระ			

4.11 ความผิดปกติหรือพยาธิสภาพของระบบอวัยวะอื่น
 ของร่างกาย (ศีรษะ ตา หู คอ จมูก ปอด ฯลฯ)

.....

.....

.....

5. การสูญเสียอวัยวะ, สูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกายหรือทุพพลภาพของผู้ป่วยในครั้งนี้เป็นการสูญเสียอวัยวะ, สูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกายหรือทุพพลภาพ โดยถาวรสิ้นเชิงหรือไม่ เนื่องจากอะไร

.....

.....

6. ท่านเห็นว่าผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ, สูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกายหรือทุพพลภาพ โดยถาวรสิ้นเชิง ตั้งแต่วันที่

.....

7. ท่านเห็นว่าผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกายหรือทุพพลภาพ โดยถาวรสิ้นเชิง คิดเป็นร้อยละ : แขน.....ขา.....

8. จากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยรายนี้ ท่านมีความเห็นว่าจะสามารถฟื้นคืนสภาพ ได้หรือไม่ เนื่องจากอะไร

.....

.....

9. ปัจจุบันวันที่ ผู้ป่วยยังสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกายหรือทุพพลภาพ โดยถาวรสิ้นเชิงอยู่หรือไม่ เนื่องจากอะไร

.....

10. ในสภาพปัจจุบันผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่เดิมหรืออาชีพประจำที่ทำอยู่ได้หรือไม่

ได้ ไม่ได้

11. ในสภาพปัจจุบันผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพอื่นๆ ได้อีกหรือไม่

ได้ ไม่ได้

12. ผลการตรวจเอกซเรย์.....

13. ผลการตรวจสารเสพติด.....

14. ความคิดเห็นอื่นๆ.....

.....

.....

ประทับตราสถานพยาบาล

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

()

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ เลขที่.....

ชื่อสถานพยาบาล.....

วันที่/...../.....