

วัน/เดือน/ปี \_\_\_\_\_

HN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**เวชระเบียนผู้รับบริการ อายุ 16 ปีขึ้นไป**

**คลินิกแพทย์แผนจีน**

**สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล**

Traditional Chinese Medicine Clinic

National Institute for Children and Family Development Mahidol University

**ประวัติผู้รับบริการ**

นาย/นาง/นางสาว ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_

ชื่อเล่น \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_

สัญชาติ \_\_\_\_\_ ศาสนา \_\_\_\_\_ กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้น \_\_\_\_\_

**ที่อยู่ปัจจุบัน**

บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_

จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

**บุคคลที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน**

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ อาชีพ \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_

**ปัญหาทางพฤติกรรม/ปัญหาด้านสุขภาวะ/โรคประจำตัว/ประวัติการวินิจฉัยโรค**

1. \_\_\_\_\_ เคยรักษาด้วยวิธี \_\_\_\_\_ เป็นระยะเวลา \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ เคยรักษาด้วยวิธี \_\_\_\_\_ เป็นระยะเวลา \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ เคยรักษาด้วยวิธี \_\_\_\_\_ เป็นระยะเวลา \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ เคยรักษาด้วยวิธี \_\_\_\_\_ เป็นระยะเวลา \_\_\_\_\_

วัน/เดือน/ปี \_\_\_\_\_

HN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

เคยรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนจีนมาก่อนหรือไม่

- ไม่เคย     เคย ได้แก่ :     ฝังเข็ม  
 ยาจีน  
 นวดทุยหนาเด็ก  
 ครอบแก้ว  
 อื่นๆ โปรดระบุ : \_\_\_\_\_

อาการและปัญหาของบุตร/หลานที่ท่านกังวลใจและต้องการรับการรักษา

---

---

---

ประวัติด้านสุขภาพของพี่น้องพ่อแม่เดียวกัน

ผู้เข้ารับบริการเป็นบุตรคนที่ \_\_\_\_\_ จากบุตรทั้งหมด \_\_\_\_\_ คน

ประวัติปัญหาทางพฤติกรรม/โรคประจำตัวของพี่น้องของผู้เข้ารับบริการ

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

วัน/เดือน/ปี \_\_\_\_\_

HN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยเด็กคลินิกแพทย์แผนจีน**  
**(ผู้รับบริการ อายุ 16 ปีขึ้นไป)**

น้ำหนัก

ส่วนสูง

อุณหภูมิร่างกาย

ความดัน

อาการสำคัญ \_\_\_\_\_

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว/โรคทางพันธุกรรม \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

โรคประจำตัว \_\_\_\_\_

วัน/เดือน/ปี \_\_\_\_\_

HN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**ตรวจร่างกายตามหลักการแพทย์แผนจีน**

สภาพร่างกายทั่วไป \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ลิ้น \_\_\_\_\_

ชีพจร (อายุเท่ากับหรือมากกว่า7ปีขึ้นไป) \_\_\_\_\_

**วินิจฉัยตามหลักการแพทย์แผนจีน**

แบ่งตามกลุ่มภาวะ \_\_\_\_\_

โรค \_\_\_\_\_

**หลักการรักษาตามหลักการแพทย์แผนจีน** \_\_\_\_\_

**วิธีการรักษาตามหลักการแพทย์แผนจีน**

ฝังเข็ม

ครอบแก้ว

อื่นๆ ระบุ : \_\_\_\_\_

วัน/เดือน/ปี \_\_\_\_\_

HN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

รายละเอียดการรักษา (ผู้รับบริการ อายุ 16 ปีขึ้นไป)

จุด/ตำแหน่งในการฝังเข็ม

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. _____  | 2. _____  |
| 3. _____  | 4. _____  |
| 5. _____  | 6. _____  |
| 7. _____  | 8. _____  |
| 9. _____  | 10. _____ |
| 11. _____ | 12. _____ |
| 13. _____ | 14. _____ |
| 15. _____ | 16. _____ |
| 17. _____ | 18. _____ |
| 19. _____ | 20. _____ |
| 21. _____ | 22. _____ |
| 23. _____ | 24. _____ |
| 25. _____ | 26. _____ |
| 27. _____ | 28. _____ |
| 29. _____ | 30. _____ |

วัน/เดือน/ปี \_\_\_\_\_

HN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

จุด/ตำแหน่งในการครอบแก้ว

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_