

วัน/เดือน/ปี _____

HN _____ - _____

เวชระเบียนผู้รับบริการ อายุ 8-15 ปี

คลินิกแพทย์แผนจีน กุมารเวชกรรมแผนจีน

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

Pediatrics Traditional Chinese Medicine Clinic

National Institute for Children and Family Development Mahidol University

ประวัติผู้รับบริการ

เด็กหญิง / เด็กชาย ชื่อ _____ นามสกุล _____

ชื่อเล่น _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี _____ เดือน

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน _____

สัญชาติ _____ ศาสนา _____ กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้น _____

ชื่อ-นามสกุลมารดา _____ อาชีพ _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____ รายได้/เดือน _____

ชื่อ-นามสกุลบิดา _____ อาชีพ _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____ รายได้/เดือน _____

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ผู้ปกครองที่ติดต่อได้

มารดา บิดา ท่านอื่น โปรดระบุ :

ชื่อ-นามสกุล _____ อาชีพ _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____ ความสัมพันธ์ _____

ปัญหาทางพฤติกรรม/ปัญหาด้านสุขภาวะ/โรคประจำตัว/ประวัติการวินิจฉัยโรค

1. _____ เคยรักษาด้วยวิธี _____ เป็นระยะเวลา _____
2. _____ เคยรักษาด้วยวิธี _____ เป็นระยะเวลา _____
3. _____ เคยรักษาด้วยวิธี _____ เป็นระยะเวลา _____
4. _____ เคยรักษาด้วยวิธี _____ เป็นระยะเวลา _____
5. _____ เคยรักษาด้วยวิธี _____ เป็นระยะเวลา _____

เคยรับรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์แผนจีนมาก่อนหรือไม่

- ไม่เคย เคย ได้แก่ :
- ผิงเซ็ม
 - ยาจีน
 - นวดทุยหนาเด็ก
 - ครอบแก้ว
 - อื่นๆ โปรดระบุ : _____

อาการและปัญหาของบุตร/หลานที่ท่านกังวลใจและต้องการรับการรักษา

ประวัติด้านสุขภาพของพี่น้องบิดา/มารดาเดียวกันของผู้เข้ารับบริการ

ผู้เข้ารับบริการเป็นบุตรคนที่ _____ จากบุตรทั้งหมด _____ คน

ประวัติปัญหาทางพฤติกรรม/โรคประจำตัวของพี่น้องของผู้เข้ารับบริการ

1. _____
2. _____
3. _____

วัน/เดือน/ปี _____

HN _____ - _____

แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยเด็กคลินิกแพทย์แผนจีน

(ผู้รับบริการ อายุ 8-15 ปี)

น้ำหนัก

ส่วนสูง

อุณหภูมิร่างกาย

ความดัน

อาการสำคัญ _____

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน _____

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต _____

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว/โรคทางพันธุกรรม _____

โรคประจำตัว _____

ประวัติการตั้งครรภ์

น้ำหนักแรกคลอด _____ กรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร

การคลอด คลอดเอง ผ่าคลอด

ได้รับวัคซีนตามวัย ครบ ไม่ครบ

ตรวจร่างกายตามหลักการแพทย์แผนจีน

สภาพร่างกายทั่วไป _____

ลิ้น _____

ชีพจร (อายุเท่ากับหรือมากกว่า7ปีขึ้นไป) _____

วินิจฉัยตามหลักการแพทย์แผนจีน

แบ่งตามกลุ่มภาวะ _____

โรค _____

หลักการรักษาตามหลักการแพทย์แผนจีน _____

วิธีการรักษาตามหลักการแพทย์แผนจีน

ฝังเข็ม

ครอบแก้ว

อื่นๆ ระบุ : _____

วัน/เดือน/ปี _____

HN _____ - _____

รายละเอียดการรักษา (ผู้รับบริการ อายุ 8-15 ปี)

จุดฝังเข็ม

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ |
| 9. _____ | 10. _____ |
| 11. _____ | 12. _____ |
| 13. _____ | 14. _____ |
| 15. _____ | 16. _____ |
| 17. _____ | 18. _____ |

จุด/ตำแหน่งในการครอบแก้ว

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ |