

แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....

นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่คนไข้ทั่วไป (Hospital number).....

แพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....

แหล่งที่มาของข้อมูล...(เช่น หนังสือนำส่งจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ).....

.....

.....

ปัญหาอันเป็นเหตุให้นำตัวมาพบแพทย์.....

.....

.....

ประวัติความเจ็บป่วย (ถ้ามี).....

.....

.....

.....

การตรวจทางร่างกาย.....

.....

.....

.....



การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี).....

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

การตรวจสภาพจิต

สภาพร่างกาย การแต่งกายและพฤติกรรมภายนอก (general appearance).....

.....
อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก (mood and affect).....

.....
ลักษณะของคำพูด (pattern of speech).....

.....
การรับรู้และประสาทหลอน (perception and hallucination).....

.....
ความคิดหลงผิด (delusion).....

.....
ความคิดหวาดระแวงและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น (paranoid)

.....
ความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsive control).....

.....
.....



ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล (orientation).....

.....

ความคิด และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide)...

.....

อื่น ๆ.....

.....

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

ความเห็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียด

มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา
(โปรดระบุสิ่งที่ตรวจพบและเหตุผล)

เห็นควรส่งต่อสถานบำบัดรักษา(ระบุชื่อหน่วยงาน)

ไม่มีภาวะอันตรายและไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา
การบำบัดรักษาเบื้องต้น

.....

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ลงนาม.....

(.....)

พยาบาลผู้ตรวจ



หมายเหตุ ๑. การประเมินอาการเบื้องต้นดังกล่าว ต้องไม่เกินสี่สิบแปด ชั่วโมงนับแต่เวลาที่บุคคลนั้นมาถึงสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา

๒. การประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา ๒๘ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้ลงนามเฉพาะแพทย์ผู้ตรวจ