

**แบบบันทึกการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของคณะกรรมการ  
สถานบำบัดรักษา**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ชื่อสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....

นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่คนไข้ทั่วไป (Hospital number).....

ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการ เมื่อวันที่.....เดือน.....

พ.ศ.....

แหล่งที่มาของข้อมูล (เช่น หนังสือนำส่งจากสถานพยาบาล).....

.....

ปัญหาอันเป็นเหตุให้นำตัวมาตรวจวินิจฉัย.....

.....

**ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตและโรคทางกาย**

ข้อมูลความเจ็บป่วย (ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตและโรคทางกายที่เกี่ยวข้อง  
ประวัติพัฒนาการ ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการรักษา).....

.....

.....

.....

.....



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.....

.....

**การทดสอบทางจิตวิทยาคลินิก (ถ้ามี)**

.....

.....

**การดำเนินโรค**.....

.....

**ผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการผู้ป่วยของคณะกรรมการ**.....

.....

.....

ลงนาม.....ประธานกรรมการสถานบำบัดรักษา

( )

