

แผนงานการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยสูงอายุ 65 ปีขึ้นไป

<p>วันที่ 89 หมู่ 1 ตำบลมดแดง อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี 72140 หมายเลขโทรศัพท์ (034) 2568</p>	<p>วันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>	<p>วันที่ 06 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2511 อายุ 57 ปี</p>
<p>ชื่อผู้ศึกษา : ฐิติมา ฐิติมา ชื่อผู้สอน : ฐิติมา ฐิติมา</p>	<p>ชื่อผู้ศึกษา : ฐิติมา ฐิติมา ชื่อผู้สอน : ฐิติมา ฐิติมา</p>	<p>ชื่อผู้ศึกษา : ฐิติมา ฐิติมา ชื่อผู้สอน : ฐิติมา ฐิติมา</p>
<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>
<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>
<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>
<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>
<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>

แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง โดยมีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน

<p>วันที่ 47 หมู่ 1 ตำบลแม่แฝด อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี 72140 หมายเลขโทรศัพท์ (โทรศัพท์)</p>	<p>วันที่ 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>	<p>นายแพทย์ พุ่มเกษร จังหวัดสุพรรณบุรี 37205001239883</p>
<p>วัตถุประสงค์เพื่อ</p>	<p>วัตถุประสงค์ของแผน : ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง มีแผนการรักษา ดังนี้</p>	<p>เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ของแผน</p>
<p>การดูแล</p>	<p>ประเมินผล/ควบคุม/ติดตามผล</p>	<p>การสนับสนุน</p>
<p>การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>
<p>การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>
<p>การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>
<p>การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>	<p>การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะไตวายเรื้อรัง</p>

<p>ชื่อคนคนในครอบครัวที่มีโรค จิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิต</p>	<p>มีอาการซึมเศร้า มีอาการวิตกกังวล มีอาการนอนไม่หลับ มีอาการกินไม่ลง มีอาการขาดสมาธิ มีอาการหงุดหงิดง่าย มีอาการเหนื่อยง่าย มีอาการน้ำหนักลดหรือเพิ่ม มีอาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม</p>	<p>ชื่อคนคนในครอบครัวที่มีโรค จิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิต</p>
<p>มีอาการซึมเศร้า มีอาการวิตกกังวล มีอาการนอนไม่หลับ มีอาการกินไม่ลง มีอาการขาดสมาธิ มีอาการหงุดหงิดง่าย มีอาการเหนื่อยง่าย มีอาการน้ำหนักลดหรือเพิ่ม มีอาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม</p>	<p>มีอาการซึมเศร้า มีอาการวิตกกังวล มีอาการนอนไม่หลับ มีอาการกินไม่ลง มีอาการขาดสมาธิ มีอาการหงุดหงิดง่าย มีอาการเหนื่อยง่าย มีอาการน้ำหนักลดหรือเพิ่ม มีอาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม</p>	<p>ชื่อคนคนในครอบครัวที่มีโรค จิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิต</p>
<p>ชื่อคนคนในครอบครัวที่มีโรค จิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิต</p>	<p>ชื่อคนคนในครอบครัวที่มีโรค จิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิต</p>	<p>ชื่อคนคนในครอบครัวที่มีโรค จิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิต</p>

แบบประเมินสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต
 ฉบับปรับปรุงล่าสุดปี ๒๕๖๕
 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์
 กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์
 กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์
 กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์
 กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์

<p>ชื่อบริษัท/หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ : มูลนิธิส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ</p>	<p>วัตถุประสงค์ของโครงการ <input type="checkbox"/> วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการค้า <input type="checkbox"/> วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการลงทุน <input type="checkbox"/> วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการบริการ <input checked="" type="checkbox"/> วัตถุประสงค์อื่น ๆ <input type="checkbox"/></p>	<p>ชื่อหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ : มูลนิธิส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ</p>
<p>วัตถุประสงค์ของโครงการ <input type="checkbox"/> วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการค้า <input type="checkbox"/> วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการลงทุน <input type="checkbox"/> วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการบริการ <input checked="" type="checkbox"/> วัตถุประสงค์อื่น ๆ <input type="checkbox"/></p> <p>ชื่อโครงการ/กิจกรรม : โครงการส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ</p>	<p>วัตถุประสงค์ของโครงการ <input checked="" type="checkbox"/> วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการค้า <input type="checkbox"/> วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการลงทุน <input type="checkbox"/> วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการบริการ <input type="checkbox"/> วัตถุประสงค์อื่น ๆ <input type="checkbox"/></p>	<p>ADL : 7 วันประชุม : 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>
<p>ชื่อโครงการ/กิจกรรม : โครงการส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ</p>	<p>วันที่ : 3 ตุลาคม 2568</p>	<p>ชื่อหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ : มูลนิธิส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ</p>

นางสาวสุวิมล วัฒนศิริ
 ผู้อำนวยการกองส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ
 กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ
 กระทรวงพาณิชย์

แบบประเมิน
 ความพึงพอใจในการให้บริการของศูนย์ช่วยเหลือผู้พิการทางกาย
 สำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ

ที่อยู่ 34 หมู่ 3 ตำบลมดแดง อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ 72140	เกิดวันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2488 อายุ 80 ปี	ผู้อำนวยการ วรอนันท์ นายเลิศฤทธิ์ ADL : 12 วันที่ประเมิน : 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568
ชื่อหน่วยงาน/บริการ/ศูนย์ [กรณีมีอยู่] ใน 3 ข้อ) ชื่อที่ตั้ง/ทางกายภาพ/บริการ/ศูนย์ [กรณีมีอยู่] ใน 3 ข้อ) ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์ ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์ ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์	ผลการประเมิน มีความพึงพอใจในระดับใด <input type="checkbox"/> ไม่มีความพึงพอใจเลย <input type="checkbox"/> มีความพึงพอใจเล็กน้อย <input checked="" type="checkbox"/> มีความพึงพอใจในระดับดี <input type="checkbox"/> มีความพึงพอใจในระดับดีมาก	ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์ ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์ ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์
ชื่อหน่วยงาน/บริการ/ศูนย์ ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์ ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์	ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์ ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์ ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์	ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์ ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์ ชื่อ/ประเภท/บริการ/ศูนย์

แบบประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 สำหรับสนับสนุนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการประเมินผู้ดูแลผู้ป่วย

<p>ชื่อ น.ส.เอื้อ อุบลเงิน หมายเลขโทรศัพท์ วันประเมิน : 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>	<p>เมื่อวันที่ 04 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2496 อายุ 72 ปี</p>	<p>ADL : 12 วันประเมิน : 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>
<p>ชื่อ น.ส.เอื้อ อุบลเงิน หมายเลขโทรศัพท์ วันประเมิน : 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>	<p>เมื่อวันที่ 04 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2496 อายุ 72 ปี</p>	<p>ADL : 12 วันประเมิน : 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>
<p>ชื่อ น.ส.เอื้อ อุบลเงิน หมายเลขโทรศัพท์ วันประเมิน : 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>	<p>เมื่อวันที่ 04 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2496 อายุ 72 ปี</p>	<p>ADL : 12 วันประเมิน : 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>

แบบประเมิน
คุณภาพการปฏิบัติงานของผู้ดูแลคนพิการและผู้พิการ
ด้านสนับสนุนผู้พิการ

<p>ที่อยู่ 44 หมู่ 3 ตำบลสมเด็จ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 72140</p>	<p>โทรศัพท์ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2497</p>	<p>ชื่อ นางบรรจง ไชยสุทธิ นายเลิศไพโรจน์ ADL : 8 วันประเมิน : 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>
<p>ชื่อผู้ทำการประเมิน/ปัญหาตาม CARE PLAN (ข้อ 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลืนลำบากหรือสำลัก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการรับประทานอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> มีปัญหาการกลืน/มีผลจากการกลืน</p> <p>อยู่ของทางเดินหายใจหรือมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ</p> <p>ไม่มีปัญหาการกลืน/มีผลจากการกลืน</p> <p>อยู่ของทางเดินหายใจหรือมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ</p> <p>ไม่มีปัญหาการกลืน/มีผลจากการกลืน</p> <p>ไม่มีปัญหาการกลืน/มีผลจากการกลืน</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลืนลำบาก</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลืนลำบาก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลืนลำบากและสำลัก</p>	<p>ชื่อผู้ประเมิน : นางบรรจง ไชยสุทธิ</p>
<p>ชื่อหน่วยงานขององค์กร โรงพยาบาลสมเด็จ</p>	<p>ชื่อผู้ปฏิบัติงาน ออมสิน 3 ชั่วโมง</p> <p>ชื่อผู้ประเมิน ออมสิน 3 ชั่วโมง</p>	<p>ชื่อผู้ประเมิน : นางบรรจง ไชยสุทธิ</p>

แบบประเมิน
บุคลากรที่ปฏิบัติงานภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่สามารถประเมินหรือข้อบกพร่องซึ่งทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนทีมกู้ชีพในอุบัติเหตุ

<p>ชื่อ นามสกุล นวรัตน์ หมายเลขโทรศัพท์ ADL : 10 วันประเมิน : 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2473 อายุ 95 ปี</p>	<p>ชื่อ นามสกุล นวรัตน์ ตำแหน่ง : อบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม</p>
<p>ชื่อ นามสกุล นวรัตน์ ตำแหน่ง : อบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม</p>	<p>ชื่อ นามสกุล นวรัตน์ ตำแหน่ง : อบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม</p>	<p>ชื่อ นามสกุล นวรัตน์ ตำแหน่ง : อบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม</p>
<p>ชื่อ นามสกุล นวรัตน์ ตำแหน่ง : อบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม</p>	<p>ชื่อ นามสกุล นวรัตน์ ตำแหน่ง : อบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม</p>	<p>ชื่อ นามสกุล นวรัตน์ ตำแหน่ง : อบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม ฝึกอบรม</p>

แบบประเมิน
การรับสนับสนุนจากอาสาสมัครผู้พิการ
ศูนย์พัฒนาเด็กพิการในจังหวัดสุพรรณบุรี

<p>ชื่อหน่วยงานขอรับการสนับสนุน : มูลนิธิส่งเสริมศิลปาชีพในสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ</p>	<p>ชื่อหน่วยงานขอรับการสนับสนุน : มูลนิธิส่งเสริมศิลปาชีพในสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ</p> <p>วัตถุประสงค์ : ขอรับการสนับสนุนจากอาสาสมัครผู้พิการ</p>	<p>ชื่อผู้ประเมิน : นายสมชาย ใจดี</p>
<p>วัตถุประสงค์ : ขอรับการสนับสนุนจากอาสาสมัครผู้พิการ</p> <p>รายละเอียด : ขอรับการสนับสนุนจากอาสาสมัครผู้พิการ</p>	<p>วัตถุประสงค์ : ขอรับการสนับสนุนจากอาสาสมัครผู้พิการ</p> <p>รายละเอียด : ขอรับการสนับสนุนจากอาสาสมัครผู้พิการ</p>	<p>วันที่ประเมิน : 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>
<p>ชื่อผู้ประเมิน : นายสมชาย ใจดี</p>	<p>ชื่อผู้ประเมิน : นายสมชาย ใจดี</p>	<p>ชื่อผู้ประเมิน : นายสมชาย ใจดี</p>

<p>ชื่อสถานพยาบาลและผู้รับบริการ : มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพคนพิการ</p>	<p> <input type="checkbox"/> บอกรายงานต่อผู้ดูแล <input type="checkbox"/> บอกรับรู้เจ้าหน้าที่ <input type="checkbox"/> สอบถามกับหน่วยงาน <input checked="" type="checkbox"/> โทร/ผ่าน 3 เดือน ถึง 6 เดือน </p> <p> บอกรายงานต่อผู้ดูแล ผู้ดูแล กับเจ้าหน้าที่ สอบถามกับหน่วยงาน โทร/ผ่าน 3 เดือน ถึง 6 เดือน </p>	<p>ชื่อผู้รับบริการ : นายสมชาย ใจดี</p>
<p> <input type="checkbox"/> ไม่มีใบรับรองแพทย์/ใบรับรองสุขภาพ <input checked="" type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/ใบรับรองสุขภาพ <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติทางการแพทย์/ประวัติสุขภาพ <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติการเข้ารับบริการ/ประวัติการดูแลสุขภาพ </p> <p> ไม่มีใบรับรองแพทย์/ใบรับรองสุขภาพ มีใบรับรองแพทย์/ใบรับรองสุขภาพ มีประวัติทางการแพทย์/ประวัติสุขภาพ มีประวัติการเข้ารับบริการ/ประวัติการดูแลสุขภาพ </p>	<p> <input type="checkbox"/> ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ <input checked="" type="checkbox"/> สามารถปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ </p> <p> ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ สามารถปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ </p>	<p>ADL : 12</p> <p>วันที่ประเมิน : 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>
<p>ชื่อหน่วยงาน : มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพคนพิการ</p>	<p>เกิดวันที่ : 08 เดือน กันยายน พ.ศ. 2484</p> <p>อายุ : 84 ปี</p>	<p>ชื่อหน่วยงาน : มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพคนพิการ</p>

แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ
 สำหรับสนับสนุนหน่วยงานผู้สูงอายุ
 มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพคนพิการ

แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผู้ดูแล

<p>วันที่จัดทำ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>	<p>ห้อง 48 หมู่ 6 ตำบลมดแดง อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี 72140 หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อ)</p>	<p>ชื่อ นางเอื้อน ศรีสุกดา เลขบัตรประชาชน 3720500170396 โทรศัพท์ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2480 [อายุ 88 ปี]</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>การสนับสนุน</p>	<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงซึ่งอยู่ในกลุ่มที่ 3</p>
<p>การดูแล</p>	<p>ประเมินสภาพ/ความสามารถของผู้ป่วย</p>	<p>การสนับสนุน</p>
<p>การดูแลผู้ป่วย</p>	<p>ประเมินสภาพ/ความสามารถของผู้ป่วย</p>	<p>การสนับสนุน</p>
<p>การดูแลผู้ป่วย</p>	<p>ประเมินสภาพ/ความสามารถของผู้ป่วย</p>	<p>การสนับสนุน</p>
<p>การดูแลผู้ป่วย</p>	<p>ประเมินสภาพ/ความสามารถของผู้ป่วย</p>	<p>การสนับสนุน</p>
<p>การดูแลผู้ป่วย</p>	<p>ประเมินสภาพ/ความสามารถของผู้ป่วย</p>	<p>การสนับสนุน</p>
<p>การดูแลผู้ป่วย</p>	<p>ประเมินสภาพ/ความสามารถของผู้ป่วย</p>	<p>การสนับสนุน</p>
<p>การดูแลผู้ป่วย</p>	<p>ประเมินสภาพ/ความสามารถของผู้ป่วย</p>	<p>การสนับสนุน</p>

แบบประเมิน
 ผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการของผู้เรียน
 สำหรับสนับสนุนผู้พิการ

ชื่อ นางพะเยาว์ แก้วปาน หมายเลขโทรศัพท์ 0944623974	เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 อายุ 80 ปี	ADL : 10 วันที่ประเมิน : 29 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2568
ชื่อผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ชื่อ น.ส. พงษ์พรพรรณ วัฒนศิริ ที่อยู่ 164 ม.7 ต.มดแดง อ.ศรีประจันต์ จ.สุพรรณบุรี 72140	ผลการประเมิน <input checked="" type="checkbox"/> มีความรู้และเข้าใจ <input type="checkbox"/> มีความรู้บางส่วน <input type="checkbox"/> ไม่มีความรู้	ชื่อหน่วยงาน/โรงเรียน : น.ส. พงษ์พรพรรณ วัฒนศิริ
ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษา โรงเรียนประชาสามัคคี ที่อยู่ 164 ม.7 ต.มดแดง อ.ศรีประจันต์ จ.สุพรรณบุรี 72140	ความเห็นของผู้เรียน/ผู้ปกครอง ผู้เรียนและผู้ปกครองมีความพึงพอใจ ในการจัดการเรียนการสอน ของโรงเรียน	ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษา โรงเรียนประชาสามัคคี ที่อยู่ 164 ม.7 ต.มดแดง อ.ศรีประจันต์ จ.สุพรรณบุรี 72140

แบบประเมิน
 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการ
 ของศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ชื่อ นายนันท์ วัฒนศิริกุล หมายเลขโทรศัพท์ 0847349010 อายุ 98 ปี เลิกวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2470 ที่อยู่ 168 ม.7 ต.แม่ต๋อน อ.ศรีประจันต์ จ.สุพรรณบุรี ร. 72140	ชื่อของหน่วยงาน/พื้นที่บริการ แผนกประเมิน มีภาวะกลืนลำบากหรือไม่ <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะกลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชื่อและนามสกุลของแพทย์/พยาบาล/ผู้ให้บริการ ชื่อ น.ส. นพ. ธีรพงษ์ : อายุ 50 ปี ตำแหน่ง : อายุ 10 วันที่ประเมิน : 09 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568
ชื่อของหน่วยงาน/พื้นที่บริการ แผนกประเมิน มีภาวะกลืนลำบากหรือไม่ <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะกลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชื่อของหน่วยงาน/พื้นที่บริการ แผนกประเมิน มีภาวะกลืนลำบากหรือไม่ <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะกลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชื่อและนามสกุลของแพทย์/พยาบาล/ผู้ให้บริการ ชื่อ น.ส. นพ. ธีรพงษ์ : อายุ 50 ปี ตำแหน่ง : อายุ 10 วันที่ประเมิน : 09 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568
ชื่อของหน่วยงาน/พื้นที่บริการ แผนกประเมิน มีภาวะกลืนลำบากหรือไม่ <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะกลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชื่อของหน่วยงาน/พื้นที่บริการ แผนกประเมิน มีภาวะกลืนลำบากหรือไม่ <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะกลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชื่อและนามสกุลของแพทย์/พยาบาล/ผู้ให้บริการ ชื่อ น.ส. นพ. ธีรพงษ์ : อายุ 50 ปี ตำแหน่ง : อายุ 10 วันที่ประเมิน : 09 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568

แบบประเมิน
 ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินที่ส่งต่อมายังห้องฉุกเฉิน
 สำหรับสนับสนุนทีมผู้ดูแล

ชื่อ นายไปรุ่ง นันทอง หมายเลขโทรศัพท์	เกิดวันที่ 07 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2482 อายุ 86 ปี	ADL : 9 วันประเมิน : 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568
ที่อยู่ 114 หมู่ 7 ตำบลมดแดง อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี 72140	ชื่อผู้ป่วยตาม CARE PLAN [คาร์บอนไดออกไซด์ ใน 3 ซีก] <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติสูบบุหรี่จัด <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติสูบบุหรี่จัดไม่ได้ ตรวจร่างกายพบระบบประสาทส่วนกลางปกติ (ข)	ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> สามารถสื่อสารได้ <input type="checkbox"/> สามารถสื่อสารไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> สามารถสื่อสารและดูแลตัวเองไม่ได้
ชื่อผู้ป่วยตาม CARE PLAN [คาร์บอนไดออกไซด์ ใน 3 ซีก] <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติสูบบุหรี่จัด <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติสูบบุหรี่จัดไม่ได้ ตรวจร่างกายพบระบบประสาทส่วนกลางปกติ (ข)	ความเห็นของผู้ประเมิน ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินที่ส่งต่อมายังห้องฉุกเฉิน มีความรู้เกี่ยวกับโรคและผู้ป่วย มีความรู้เกี่ยวกับโรคและผู้ป่วย มีความรู้เกี่ยวกับโรคและผู้ป่วย มีความรู้เกี่ยวกับโรคและผู้ป่วย	ชื่อผู้ป่วยตาม CARE PLAN : คาร์บอนไดออกไซด์
ชื่อผู้ป่วยตาม CARE PLAN : คาร์บอนไดออกไซด์	ชื่อผู้ป่วยตาม CARE PLAN : คาร์บอนไดออกไซด์	ชื่อผู้ป่วยตาม CARE PLAN : คาร์บอนไดออกไซด์

<p>ชื่อของหน่วยงาน/โครงการที่ดำเนินการ</p>	<p> <input type="checkbox"/> ฝึกอบรม <input type="checkbox"/> อบรม <input type="checkbox"/> ศึกษาดูงาน <input checked="" type="checkbox"/> ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ </p>	<p>ผู้ประสานงาน : นายประจักษ์</p>
<p>วัตถุประสงค์ของโครงการ</p> <p> <input type="checkbox"/> ฝึกอบรม <input checked="" type="checkbox"/> อบรม <input checked="" type="checkbox"/> ศึกษาดูงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ </p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> อบรม <input type="checkbox"/> ศึกษาดูงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ </p>	<p>ADL : 8</p> <p>วันที่ประเมิน : 31 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568</p>
<p>ชื่อหน่วยงาน/โครงการที่ดำเนินการ</p> <p>วันที่จัดกิจกรรม : 1 ตุลาคม 2568</p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> อบรม <input type="checkbox"/> ศึกษาดูงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ </p>	<p>ผู้ประสานงาน : นายประจักษ์</p>

แบบประเมิน
 การดำเนินงานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน
 สภาวิชาชีพสุขภาพ ราชวิทยาลัยราชบัณฑิตยสภา

**แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญญาพิการระดับรุนแรงหรือข้อบกพร่องทางกายภาพ**

สำหรับสนับสนุนผู้พิการ

<p align="center">ชื่อหน่วยงาน/หน่วยงานต้นสังกัด</p>	<p align="center">ชื่อหน่วยงาน/หน่วยงานต้นสังกัด</p>	<p align="center">ชื่อผู้ประเมิน</p>
<p align="center">ชื่อหน่วยงาน/หน่วยงานต้นสังกัด</p> <p align="center">[กรรมาธิการ]</p> <p align="center">ชื่อผู้ทำงาน/ประเภท/ปัญหาตาม CARE PLAN</p>	<p align="center">ชื่อหน่วยงาน/หน่วยงานต้นสังกัด</p> <p align="center">ชื่อผู้ประเมิน</p>	<p align="center">วันที่ประเมิน : 31 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568</p> <p align="center">ADL : 8</p>
<p align="center">วันที่ 22/1/1 นพ 1 ตำบลแม่แตง อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี 72140</p>	<p align="center">เมื่อวันที่ 08 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 อายุ 76 ปี</p>	<p align="center">นางยุพารัตน์ หมายเลขโทรศัพท์</p>

- ผู้มีอาการซึมเศร้า
- ไม่สามารถสื่อสาร
- ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง
- ผู้มีอาการซึมเศร้า/ไม่สนใจ

- ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง
- ไม่สามารถสื่อสาร
- ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง