

แบบฟอร์มสำรวจเอกสารเพื่อขึ้นทะเบียนในระบบคุณภาพของหน่วยงาน..... PCU พญาไท

โรงพยาบาลสตึก กม.10 ปีงบประมาณ 2560

ประเภทเอกสาร 4. เอกสารสนับสนุน (SD) พร้อมถ่ายรูปหน้าปกแนบมากับใบสำรวจ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร	วันผลิต	ผู้จัดทำ	ถ่ายรูปปก
1	ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เริ่มตั้งแต่รับตัวโรค			
2	การเขียนผู้ป่วยโรค			
3	ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ			
4	แบบสอบถามโรคหัวใจหลอดเลือด			
5	แบบฟอร์มการสำรวจคุณภาพ			
6	การประเมินระดับความรุนแรงของ ผู้ป่วย และ ความถี่ของการ ตรวจ ค่าบ่งชี้		โดยนางสาว ปิยะธิดา	
7	การประเมิน ผู้ป่วย เมื่อมีการตรวจพบ หัวใจ			
8	แบบประเมิน การปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยโรค หัวใจหลอดเลือด (Barthel Index)			
9	แนวทางการดูแล ผู้ป่วย หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (Ac. Stroke)		PFC น. พญ. ภาณุมาศ	
10	แนวทางการดูแล ผู้ป่วย หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจ (ACS)			
11	แบบฟอร์มการประเมินการ ติดตามผลการดูแลผู้ป่วย			
12	แบบฟอร์มการประเมิน การดูแล จากผู้ป่วยโรคหัวใจ		นพ. รุ่ง	
13	แบบฟอร์มการประเมิน การดูแล จากผู้ป่วยโรคหัวใจ		นพ. รุ่ง	
14	แบบฟอร์มการประเมิน การดูแล จากผู้ป่วยโรคหัวใจ			
15	แนวทางการดูแล ผู้ป่วย หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจ			
16	แบบฟอร์มการประเมิน การดูแล จากผู้ป่วยโรคหัวใจ			

แบบคัดกรองวัณโรค โรงพยาบาลสุพรรณ กน.10 อ.สุพรรณ จ.สุพรรณบุรี

วันที่คัดกรอง.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี H.N.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

การสำเคี้ยว	0 1. ใส่วัสดุ ≥ 2 สัปดาห์	0 2. ใส่น้ำลาย
การใส่วัสดุมากกว่า สัปดาห์ร่วมกับ	0 1. เจ็บหน้าอก	0 2. มีไข้หนาวๆ ร้อนๆ ตอนเช้าหรือเย็น.
ประวัติอื่นที่เกี่ยวข้อง	0 3. เบื่ออาหาร	0 4. น้ำหนักลดลง 0 5. ไม่มีอาการร่วม
	0 1. เคยมีประวัติวัณโรคมาก่อน	0 2. เคยใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค
	0 3. เคยมีประวัติใช้/เสพยาเสพติด	0 4. ดื่มแอลกอฮอล์
	0 5. เคยเป็นผู้ต้องขัง	0 6. แรงงานข้ามชาติ
	0 7. ไม่มีประวัติอื่นที่เกี่ยวข้อง	0 8. ไม่พบโรคอื่น
ผลการคัดกรองเบื้องต้น	0 1. ไม่สงสัยวัณโรค	0 2. สงสัยวัณโรค (ให้ส่ง CXR ต่อเนื่องจาก)
	2.1 มีอาการสำคัญอย่างน้อย 1 ข้อ	2.2 มีใส่วัสดุมากกว่า 2 สัปดาห์ และมี อาการร่วมอย่างน้อย 1 ข้อ
	2.3 มีประวัติอื่นที่เกี่ยวข้อง 1 ข้อ โดยใน 1 ปีที่ผ่านมาไม่เคย CXR	
R	0. ไม่ยอม CXR	0. ยอม CXR ได้ตลอดตั้งแต่พบแพทย์(แพทย์จะพิจารณาส่งทีมสหเวช ตรวจ 3 ครั้ง)

ลงชื่อผู้คัดกรอง.....ตำแหน่ง.....

สำหรับผู้กรอกข้อมูล

	0 1. ปกติ	0 2. ผิดปกติ ระบุ.....
พบ AFB พบเป็นผู้พิจารณา)	0 1. ไม่เก็บเสมหะ	0 2. เก็บเสมหะส่งตรวจ
	ครั้งที่1 วันที่.....พ.ศ.....	Serial no.....
	ครั้งที่2 วันที่.....พ.ศ.....	Serial no.....
	ครั้งที่3 วันที่.....พ.ศ.....	Serial no.....
ข้อวัณโรคเบื้องต้น	0 1. โรคอื่นๆ	0 2. วัณโรค ส่งเข้าคลินิกวัณโรค

ผู้กรอกข้อมูล.....ตำแหน่ง.....

ศูนย์สุขภาพชุมชนพหลดาหลวง อ. สัตหีบ จ.ชลบุรี

[illegible]

แบบสอบถามโรคไข้เลือดออก

4

ชื่อ.....เพศ.....อายุ.....ปี ศาสนา.....อาชีพ.....
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ถ้าเป็นนักเรียน ชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งโรงเรียน.....
 ชื่อบิดาและมารดา หรือผู้ปกครองถ้าผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี.....
 อาชีพของบิดา/มารดา.....

วันที่เริ่มป่วย.....วันที่รับการรักษา.....รักษาที่.....การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย เมื่อ..... ☐ ตาย เมื่อ.....
 ผู้ป่วยเคยป่วยด้วยโรคนี้มาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย เมื่อ.....รักษาที่.....
 อาการสำคัญ ก.อาการเลือดออกตามผิวหนัง
 ข.เลือดออกทางอวัยวะภายใน
 ค. Tourniquet Test
 ดับ ☐ คลำพบ ☐ คลำไม่พบ
 อาการ shock ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มือเท้าเย็น ☐ กระสับกระส่าย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ลำดับ	ว/ค/ป	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ			ลำดับ	ว/ค/ป	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
		WBC(ลบ.มม)	Hct(%)	Platelets			WBC(ลบ.มม)	Hct(%)	Platelets
1					3				
2					4				

ในบ้านมีผู้อาศัยทั้งหมด.....คน(ไม่รวมผู้ป่วย)ในจำนวนนี้มีเด็กอายุต่ำกว่า15ปีทั้งหมด.....คน

ผู้อาศัยในบ้านทั้งหมด ยกเว้นผู้ป่วย เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปีเดียวกัน.....คน ถ้ามีระบุ

1. ชื่อ.....อายุ.....ปี ป่วยวันที่.....รักษาที่.....
 2. ชื่อ.....อายุ.....ปี ป่วยวันที่.....รักษาที่.....
 3. ชื่อ.....อายุ.....ปี ป่วยวันที่.....รักษาที่.....

ในปีเดียวกันบ้านข้างเคียง(ภายในรัศมี50 เมตร)มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

☐ มี ☐ ไม่มี

1. ชื่อ.....อายุ.....ปี ป่วยวันที่.....รักษาที่.....
 2. ชื่อ.....อายุ.....ปี ป่วยวันที่.....รักษาที่.....
 3. ชื่อ.....อายุ.....ปี ป่วยวันที่.....รักษาที่.....

การควบคุมโรคที่บ้านและป้องกันการระบาดไปยังพื้นที่ข้างเคียง

1. คู่มือสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย

1.1 บริเวณบ้านผู้ป่วยจำนวนภาชนะขังน้ำในบ้าน.....ชิ้น พบลูกน้ำ.....ชิ้น

1.2 พื้นที่ข้างเคียงระยะ50เมตร จำนวน.....หลังคาเรือน พบลูกน้ำ จำนวน.....หลังคาเรือน

จำนวนภาชนะขังน้ำในบ้าน.....ชิ้น พบลูกน้ำ.....ชิ้น

2. ความคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและกำจัดตัวเต็มวัยยุงลายโดย 2.1 ไล่ทรายอะเบทในระยะ50เมตร จากบ้านผู้ป่วยจำนวน.....หลังคาเรือน

2.2 ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยวิธีกายภาพระยะ50เมตร จำนวน.....หลังคาเรือน

2.3 พ่นสารเคมีที่บ้านผู้ป่วยและบ้านทุกหลังในระยะ50เมตรจำนวน.....หลังคาเรือน

3. ให้ความรู้แก่ประชาชน.....คน /.....ครั้ง

ชื่อผู้สอบสวนโรค.....ตำแหน่ง..... สำนักงาน ร.พ. สัตหีบ ก.ม.10 วันที่ได้รับรายงานว่ามีผู้ป่วย.....

รายงานให้พื้นที่วันที่.....ผู้รับรายงาน.....สำนักงาน.....วันที่ออกสอบสวนโรค.....

2

জিয়া
১৯৮৬

32

[illegible]

23.

2000

ผู้รับผิดชอบโครงการ.....

บัญชีผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง ด้วยโรคไขข้อออก ของที่ทำการ ร.พ.ลัดทิม ก.ม.10 อ.ลัดทิม จ.ฉะบุรี ปี 2559

วันที่ ได้รับ แจ้ง	ได้รับ แจ้ง จาก	ชื่อ-นามสกุล/อาชีพ/ โรงเรียนของผู้ป่วย	ที่อยู่ขณะป่วยโดยละเอียด/ หมายเลขโทรศัพท์/ หรือผู้ปกครอง	เขต	วัน เริ่ม ป่วย	วัน พบ ผู้ป่วย	ผู้ป่วย		รายละเอียดอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	ผลการ รักษา	การแจ้งพื้นที่เพื่อควบคุมโรค รายละเอียดอื่นๆ
							นอก	ใน			
	☐ OPD ☐ IPD ☐ ER ☐ สสอ.	ชื่อ นามสกุล เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ☐ ปี	เลขที่ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด phone:	☐ อบต. ☐ เทศบาล ☐ นอกเขต					การวินิจฉัย	☐ กำลังรักษา ☐ ส่งต่อ	การเดินทางในช่วง 2wks ก่อนป่วย.
HN:		อาชีพ: ศาสนา	อำเภอ จังหวัด phone:		เคยป่วยโรคนี้มาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคยเมื่อ รักษาที่				TT test ☐ neg ☐ pos ☐ ไม่ได้ทำ อุส: ☐ Petichia ☐ Erythromes ☐ purpura ☐ เลือดกำเดา ☐ อาเจียนเป็นเลือด ☐ อุจจาระเป็นเลือด ☐ เลือดออกจากรูขี้เป็ด คลำตับ ☐ พบ ☐ ไม่พบ อาการสำคัญ	ร.พ. วันที่	ในpatientมีผู้อาศัยไม่รวมผู้ป่วย เด็กต่ำกว่า 15 ปี คน
		ถ้าเป็นนักเรียน: โรงเรียน: ชั้น:	ถ้าผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ชื่อพ่อแม่:						Dx:	หายเมื่อ	ผู้อาศัยในบ้านทั้งหมดเคยได้รับผู้ป่วยเคยป่วยด้วย โรคนี้ในปีเดียวกัน ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ ☐ มี ☐ ญาติ 1.ชื่อ อายุ ปีป่วยวันที่ รักษาที่ 2.ชื่อ อายุ ปีป่วยวันที่ รักษาที่
			ถ้าผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ชื่อพ่อแม่:						อาการสำคัญ	ตายเมื่อ	ในปีเดียวกันบ้านข้างเคียง รศมี 50 เมตร ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ ☐ มี 1.ชื่อ อายุ ปีป่วยวันที่ รักษาที่ 2.ชื่อ อายุ ปีป่วยวันที่ รักษาที่
			อาชีพพ่อแม่		อาการปัจจุบัน				รายละเอียดอื่นๆ		ผู้ป่วยสวนโรค รายงานต่อพื้นที่ ☐ สสอ.ลัดทิม ☐ ผู้รับ
	☐ OPD ☐ IPD ☐ ER ☐ สสอ.	ชื่อ นามสกุล เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ☐ ปี	เลขที่ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด phone:	☐ อบต. ☐ เทศบาล ☐ นอกเขต					รายละเอียดอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	ผลการ รักษา	การเดินทางในช่วง 2wks ก่อนป่วย.
HN:		อาชีพ: ศาสนา	อำเภอ จังหวัด phone:		เคยป่วยโรคนี้มาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคยเมื่อ รักษาที่				TT test ☐ neg ☐ pos ☐ ไม่ได้ทำ อุส: ☐ Petichia ☐ Erythromes ☐ purpura ☐ เลือดกำเดา ☐ อาเจียนเป็นเลือด ☐ อุจจาระเป็นเลือด ☐ เลือดออกจากรูขี้เป็ด คลำตับ ☐ พบ ☐ ไม่พบ อาการสำคัญ	ร.พ. วันที่	ในpatientมีผู้อาศัยไม่รวมผู้ป่วย เด็กต่ำกว่า 15 ปี คน
		ถ้าเป็นนักเรียน: โรงเรียน: ชั้น:	ถ้าผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ชื่อพ่อแม่:						Dx:	หายเมื่อ	ผู้อาศัยในบ้านทั้งหมดเคยได้รับผู้ป่วยเคยป่วยด้วย โรคนี้ในปีเดียวกัน ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ ☐ มี ☐ ญาติ 1.ชื่อ อายุ ปีป่วยวันที่ รักษาที่ 2.ชื่อ อายุ ปีป่วยวันที่ รักษาที่
			ถ้าผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ชื่อพ่อแม่:						อาการสำคัญ	ตายเมื่อ	ในปีเดียวกันบ้านข้างเคียง รศมี 50 เมตร ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ ☐ มี 1.ชื่อ อายุ ปีป่วยวันที่ รักษาที่ 2.ชื่อ อายุ ปีป่วยวันที่ รักษาที่
			อาชีพพ่อแม่		อาการปัจจุบัน				รายละเอียดอื่นๆ		ผู้ป่วยสวนโรค รายงานต่อพื้นที่ ☐ สสอ.ลัดทิม ☐ ผู้รับ

โรงพยาบาลเมืองชลบุรี

ความรุนแรงระดับที่ 1 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรกจากการเป็นโรคเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดภาวะโรคร่วม ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ แต่ขาดความรู้ ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะโรค

ความรุนแรงระดับที่ 2 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ มีความจำกัด / ไร้ความสามารถเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เต็มที่ ศักยภาพในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ต้องการผู้ดูแล / คนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน

ความรุนแรงระดับที่ 3 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ / จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือใส่เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันให้

หมายเหตุ. จากผังการส่งต่อผู้ป่วยเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลชลบุรี

1. ข้อมูลผู้ป่วยระดับ 1 และ 2 ที่ส่งต่อเยี่ยมบ้านต้องถึงหน่วยบริการภายใน 7 วัน
2. ข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ที่ส่งต่อเยี่ยมบ้านต้องถึงหน่วยบริการภายใน 5 วัน
3. ผู้ป่วยที่ส่งต่อเยี่ยมบ้านต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน
4. เอกสารตอบกลับการติดตามเยี่ยมบ้านให้ส่งกลับภายใน 30 วัน

การติดตามเยี่ยมบ้าน / การ ตอบกลับเอกสารการเยี่ยมบ้านให้บันทึกตามเอกสารแนบของผู้ป่วยรายโรคที่ส่งแนบไปให้

กำหนดการติดตามเยี่ยมแต่ละรายเยี่ยม 1 ครั้ง และส่งเอกสารกลับคืนมายัง โรงพยาบาลเมืองชลบุรี
ยกเว้น กลุ่มผู้ป่วย Stroke ติดตามเยี่ยมครบ 4 ครั้ง จึงส่งข้อมูลตอบกลับรายละเอียดตามเอกสารแนบ

การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลที่บ้าน โรงพยาบาลเมืองชลบุรี

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่มีภาวะความเจ็บป่วยอยู่ในระยะที่มีอาการดีขึ้น อาการคงที่ ไม่ต้องใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีทางการแพทย์คอยควบคุมติดตามอาการเปลี่ยนแปลงหรืออยู่ในความดูแลใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล แบ่งได้เป็น

1.1 ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน เช่น หมดสติ มีบาดแผล ต้องการ การช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุทันที ต้องการ การประสานติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้น ในที่เกิดเหตุ มีอุปกรณ์ที่ใช้ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อลดความรุนแรงและป้องกันอันตรายมากขึ้น ก่อนส่งไปรับการรักษาต่อตามความจำเป็น

1.2 ผู้ป่วยมีภาวะโรคเฉียบพลัน เช่น ท้องร่วง หอบ ฯลฯ เป็นการประเมินอาการ สัญญาณเตือน และช่วยเหลือตามอาการ การติดต่อขอคำปรึกษาเพื่อการรักษาเบื้องต้น ต้องการ การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ ลดความรุนแรง และส่งต่อไปรับการรักษาได้ทันเวลา

1.3 ผู้ป่วยมีภาวะโรคเรื้อรัง การเยี่ยมบ้านจะเป็นการทำกิจกรรม การพยาบาลตามแผนการ จำหน่ายต่อจากโรงพยาบาลเพื่อช่วยผู้ป่วย เช่น การป้องกันการล้มในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก การ ป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด ฯ รวมถึงการติดตามผลการรักษา และการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับสภาวะ โรค การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะมุ่งที่การประเมินความก้าวหน้าการดำเนินของโรค เพื่อนำมาเป็นข้อมูลวางแผน ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระยะยาว

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการคลอดบุตร การผ่าตัด โรคใช้เลือดออก ฯลฯ หลังออกจากโรงพยาบาลเพื่อติดตามประเมินอาการหลังได้รับการรักษาจาก โรงพยาบาล หรือสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด อันเป็นเหตุให้ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องไม่สามารถ ประเมินผลหลังการรักษา

กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่มีความจำกัดในการไปใช้บริการ แต่ต้องการ การประเมินเพื่อติดตามสภาวะสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ผู้ป่วย ที่มีความจำกัดในการไปรับบริการลำบาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ฯลฯ ควรได้รับการเยี่ยมเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และความต้องการจำเป็นในการดูแลรักษาสุขภาพตลอดจน ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่มีการดำเนินโรคระยะสุดท้าย เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรคไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้าย ฯลฯ การเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด โดยการให้การพยาบาลเพื่อลด อาการรบกวน เช่น ความเจ็บปวด ลดอาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง ลดอาการเหนื่อยหอบ ฯลฯ นอกจากช่วย ลดอาการไม่สุขสบายแล้ว พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และญาติในการช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่าง สงบสมศักดิ์ศรี และช่วยให้สมาชิกครอบครัวทำใจให้พร้อมต่อการสูญเสียบุคคลที่รัก

แบบประเมินการปฏิบัติการวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel Index)

ชื่อ - สกุล อายุ ปี บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
 HN..... วินิจฉัยโรค วันที่เขียน

กิจกรรม/คะแนน	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....	ครั้งที่ 6 วันที่.....
1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมอาหารไว้ให้เรียบร้อยแล้ว)						
0 = ไม่สามารถรับประทานอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้						
5 = ช่วยใช้ช้อนตักเครื่องดื่มไว้ให้หรือตักให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า						
10 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ						
2. Transfer (อุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)						
0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องให้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น						
5 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยายามดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้						
10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลความปลอดภัย						
15 = ทำเองได้						
3. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด)						
0 = ต้องการความช่วยเหลือ						
5 = ทำเองได้ (รวมทั้งทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)						
4. Toilet Use						
0 = ช่วยตัวเองไม่ได้						
5 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง						
10 = ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (เช่น นั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระแล้วใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)						

กิจกรรม/คะแนน		ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....	ครั้งที่ 6 วันที่.....
5. Bathing (การอาบน้ำ) 0 = ต้องมีคนช่วยเหลือหรือทำให้							
5 = อาบน้ำได้เอง							
6. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้							
5 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเซ็นให้) และเข้ามุมห้องหรือประตูได้							
10 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย							
15 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง							
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0 = ไม่สามารถทำได้							
5 = ต้องการคนช่วยเหลือ							
10 = ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น cane จะต้องเอาขึ้นลงได้							
8. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือได้น้อย							
5 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย							
10 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)							

กิจกรรม / คะแนน	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....	ครั้งที่ 6 วันที่.....
9. Bowels (การกลั่นอุจจาระ) 0 = กลั้นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ						
5 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)						
10 = กลั้นได้เป็นปกติ						
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะ) 0 = กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้						
5 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง)						
10 = กลั้นได้เป็นปกติ						
รวมคะแนน						
เซ็นชื่อผู้ประเมิน						
ตำแหน่ง						

การแปลผล

- 0-20 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
- 25-45 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
- 50-70 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
- 75-95 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
- 100 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

**** หมายถึง ผู้ป่วย อัมพฤกษ์ - อัมพาต ทุกราย ต้องเยี่ยมภายใน 6 เดือน และต้องได้ประเมินอย่างน้อย 2 ครั้งภายใน 1 เดือน และหรือ ได้คะแนน ADL 90 คะแนนขึ้นไปจึงหยุดเยี่ยม ****