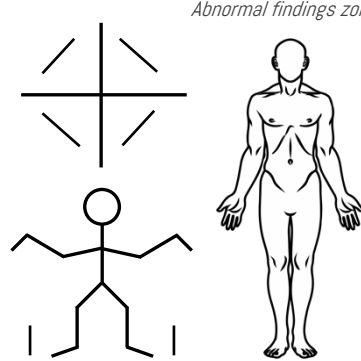


## PATIENT HISTORY

<b>Source of Data</b>	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Relative (specify) _____ <input type="checkbox"/> Medical record <input type="checkbox"/> Referral form from _____ hospital		
<b>Chief Complaint</b>	_____ <i>symptoms + timing</i>		
<b>Present Illness</b>	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รักษาจากที่ใด <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ชักประวัติไม่ได้ <i>what, where, when, why, who, how, how many</i>		
<b>Past History</b>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ชักประวัติไม่ได้		
<b>Personal &amp; Social History</b>	<b>Allergy</b>	<b>Current Medications</b>	
<input type="checkbox"/> Tobacco (pack-years) _____ <input type="checkbox"/> Alcohol _____ <input type="checkbox"/> Illicit drugs _____ <input type="checkbox"/> Herbs _____ <input type="checkbox"/> Occupation _____ <input type="checkbox"/> Sexual behavior _____ <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติการแพ้ยาและการแพ้อื่นๆ <input type="checkbox"/> มี แต่ <b>ไม่ทราบ</b> ชนิดของยาหรือสิ่งที่แพ้ <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) _____		
	<b>Immunization</b>		
	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ (ระบุ) _____		
<b>Family History</b>	<b>Menstruation</b> (ONLY woman 11-60 years)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติโรคทางพันธุกรรม <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) _____	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ (ระบุ) _____		
<b>Review of System</b>	<input type="checkbox"/> ไข้/อ่อนเพลีย/เบื่ออาหาร <input type="checkbox"/> เจ็บอก/ใจสั่น/หายใจหอบเหนื่อย <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ/อ่อนแรงแขนขา <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) _____ <input type="checkbox"/> น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงผิดปกติ <input type="checkbox"/> กลืนลำบาก/ปวดท้อง/ตัวตเหลือง <input type="checkbox"/> ชีต/เลือดออกง่าย/มีก้อนตามตัว <input type="checkbox"/> ปวดหลัง/ปัสสาวะบ่อย/บวม <input type="checkbox"/> ตึมน้ำมาก/ซีดร้อน/ซีดหนาว/ขนตามตัว <input type="checkbox"/> ปวดข้อ/ข้อบวม/กระดูกหัก		

## PHYSICAL EXAMINATION

Body weight	_____ kg	Body height	_____ cm	BMI	_____ kg/m <sup>2</sup>	BSA	_____ m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> ซั่งน้ำหนักหรือวัดส่วนสูงไม่ได้ เพราะ _____
Vital signs	Temperature _____ °C	Pulse rate _____ /min	Respiration rate _____ /min	Blood pressure _____ mmHg				
General appearance	<input type="checkbox"/> Look well, cooperative			<div style="text-align: right;"><i>Abnormal findings zone</i></div> 				
HEENT	<input type="checkbox"/> Not pale, no jaundice							
Lymph node	<input type="checkbox"/> No lymphadenopathy							
Skin	<input type="checkbox"/> No rash, no petechiae							
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Regular, no murmur, no gallop							
Respiratory	<input type="checkbox"/> Clear, equal, no crackles							
Abdomen	<input type="checkbox"/> Soft, no tenderness, no HSM							
Genitourinary	<input type="checkbox"/> No CVA tenderness							
Extremities	<input type="checkbox"/> No edema, no arthritis							
Neurology	<input type="checkbox"/> Alert, no focality							

<b>Problem List</b>	<b>Provisional Diagnosis</b>	<b>Plan for Management</b>

(Sticker)

DATE \_\_\_\_\_

TIME \_\_\_\_\_

ATTENDING PHYSICIAN \_\_\_\_\_

STAFF \_\_\_\_\_

LICENSE NUMBER \_\_\_\_\_