# Yangseesurach HOSPITAL

# DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY OB. ADMISSION RECORD I/III

(สำหรับพยาบาล กรุณากรอกทุกช่อง)

STAFF ATTENDANCE …………………………………………..วันที่...........................................เวลา.........................................

GRAVIDA ………………. PARA………../….…../…….../….…..LAST PARA ……..…YR. LAST ABORTION …………...YR.

GESTATIONAL AGE: ………………………WK. □ UNCERTAIN □ CERTAIN BY □ DATE □ U/S AT………………WK

GESTATIONAL AGE: □ ***< 37 WEEKS (2)*** □ ***> 41 WEEKS (2)*** **□ < 35 ปี Refer** □ **LMP***………………………………***การรับวัคซีน***…………………….*

CHIEF COMPLAINT: ………………………………………………….…………………………….………………**เป็นมา**……………………………………………….........……………..…..

PRESENT ILLNESS: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……....................……………..

□ ในครั้งนี้เคยตรวจที่ใดมาก่อน..................................................โดย……………………………………………………………………..……… □ ไม่เคยตรวจที่ใดมาก่อน

□ ***เลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง / ปริมาณมากกว่ามูกเลือดตามปกติ (1, 2)*** □ ***ลูกดิ้นน้อยลง (2)*** □ ***น้ำเดินเกิน 18 ชั่วโมง (1, 2)***

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบันและการฝากครรภ์:

□ Age < 17 ปี □ > 35 ปี

□ No ANC □ ANC ...............ครั้ง □ Lab ปกติ □ Lab ผิดปกติ: □ ***Hct < 30% (1, 2)*** □ ***เกล็ดเลือด < 100,000/cu.mm (1)*** □ ***Rh-ve (1)*** □ (อื่นๆ ระบุ……………………………………………………………………………)

ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก: □ ไม่มี □ มี: □ ครรภ์เดี่ยว □ ***ครรภ์แฝด (1, 2)***

□ ***เคยมีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (1, 2)***

□ ***โรคแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ (ระบุ…………………………………………………)(1, 2)***

ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบ: □ ***รกเกาะคลุมปากมดลูก, รกเกาะต่ำ (1, 2)*** □ ***น้ำคร่ำน้อย (2)*** □ ***น้ำคร่ำมาก (1, 2)***

การคลอดและการเจ็บป่วยในอดีต:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **G** | **ชนิด**  **การคลอด** | **น้ำหนัก**  **แรกเกิด (กรัม)** | **เพศ** | **อายุปัจจุบัน** | **ความผิดปกติ/ภาวะแทรกซ้อนของการคลอด** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |

**วิธีการคลอดในครรภ์ก่อน:** □ ปกติ □ คลอดโดยคีม □ คลอดโดยเครื่องดูดสุญญากาศ □ ***ผ่าตัดคลอด (1)***

**เคยคลอดทางช่องคลอด > 4 ครั้ง**: □ ไม่เคย □ ***เคย (1)*** เคย**ตกเลือดหลังคลอด:** □ ไม่เคย □ ***เคย (1)***

เคยมีภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก: □ ไม่มี □ มี (ระบุ .................................................................................................)

**โรคประจำตัว** / การผ่าตัด: □ ไม่มี □ ***มี (ระบุ ................................................................................)(1, 2)***

**มารดาที่มี Medical complication เช่น HD,CKD,SLE,Active thyroid disease,DM T2,Poor control HT,Jaundice Pregnancy ,IUGR (R2)**

**เคยผ่าตัดมดลูก:** □ ไม่เคย □ ***เคย (1)*** **เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก > 5 cm:** □ ไม่มี □ ***มี (1)***

**ประวัติส่วนตัวและประวัติครอบครัว: ผู้ให้ข้อมูล** □ญาติ □ มารดารอคลอด □ เวชระเบียน

อาชีพ...................................................... สภาพสมรส...................................... ระดับการศึกษา.............................................................

สามีอายุ................. ปี. สูบบุหรี่......................มวน/ วัน อาชีพ..................................... ระดับการศึกษา................................................

รายได้ครอบครัวรวมทั้งสิ้น........................... บาท / เดือน โรคทางพันธุกรรม □ ไม่มี □ มี (ระบุ ..................................................)

**ประวัติการใช้ยาและการแพ้ยา, การใช้สารเสพติด**:

ยาประจำตัว: □ ไม่มี □ มี (ระบุ .......................................................................................................................................................)

**แพ้ยาหรือสารเคมี**: □ ไม่เคย □ เคยแพ้ (ระบุ .................................................................................................................................)

**ใช้สารเสพติด**: □ ไม่ใช้ □ ใช้ (ระบุชนิด ....................................ปริมาณ......................ครั้งสุดท้ายเมื่อ...........................................)

□ ดื่มสุรา (ระบุชนิด ....................................ปริมาณ..........................ครั้งสุดท้ายเมื่อ...............................................)

□ สูบบุหรี่ (ระบุชนิด .......................................ปริมาณ......................ครั้งสุดท้ายเมื่อ...............................................)

# Yangseesurach HOSPITAL

# DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY OB. ADMISSION RECORD II/III

(สำหรับพยาบาล กรุณากรอกทุกช่อง)

**PHYSICAL EXAMINATION**: วันที่........................................เวลา..................................

Body weight …………………kg. Height ………………….cm. [ ] ***BMI > 35 kg/m2 (1)***

VITAL SIGNS**:** T…………….°c, P………..…..bpm, BP …….…..……/…………..…mmHg, RR….…….…./min

ABNORMALVITAL SIGNS**:** □ ***T > 38 ΟC (1, 2)*** □ ***BP > 140/90mmHg (1)*** □ ***BP > 150/100mmHg (R)***

**LMP**………………………………………………**EDC**……………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ระบบ** | **ปกติ** | **ผิดปกติ*(3)*** | **ระบุการอาการแสดงที่ปกติและผิดปกติที่สำคัญ** |
| GENERAL APPEARANCE |  |  |  |
| HEENT & LYMPH NODES |  |  |  |
| BREASTS |  |  |  |
| HEART |  |  |  |
| LUNGS |  |  |  |
| EXTREMITIES |  |  |  |
| NEUROLOGICAL EXAM |  |  | REFLEX |
| ABDOMEN |  |  |  |

SIGNATURE……………………………………..………

( …………………………………………………...……)

DATE.....................................TIME.......................

# Yangseesurach HOSPITAL

# DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY OB. ADMISSION RECORD III/III

(สำหรับแพทย์ กรุณากรอกทุกช่อง)

PROBLEM LISTS:

1)…………………………………………..…………………..……….….4)…………………………………..…….……………….……………………………   
2)………………………………………………………………………... 5)………………………………………………………….………...…....……………

3)…………………………………….…………………………….……...6)……………………….………………………………....................……………

IMPRESSION:G….……P……….…GA ………….…WK. WITH……………………………………………….................................................………..

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

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

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS:

1)…………………………………………………………..……..……..…3)………………………………………………………………………………………

2)…………………………………………………………..……………....4)……………………………………..…………….……….………………………..

SIGNATURE…………………………………CODE…………….…

( …………………………………………………...…… )

DATE........................................TIME.......................

หมายเหตุ

(1) มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด รายงานแพทย์และให้การดูแลรักษาตาม Guideline ที่ ……..

(2) มีความเสี่ยงต่อภาวะ Birth Asphyxia รายงานแพทย์และให้การดูแลรักษาตาม Guideline ที่ ……..

(R1) รายงานแพทย์ และส่งต่อโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ตาม Guideline ที่ ……..

(R2) รายงานแพทย์ และส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคาม ตาม Guideline ที่ ……..