

ข้อความด้านล่าง ให้แพทย์หรือสถานพยาบาลเป็นผู้กรอกข้อมูล (เรียนเจ้าหน้าที่:โปรดเขียนในช่องด้านขวามือ)

«ข้อมูลในการตรวจสุขภาพ»		«ข้อมูลบัตรตรวจสุขภาพ»			
ประเภทการตรวจ	แบบรายบุคคล แบบกลุ่ม	หมายเลขผู้รับประกัน			
วันตรวจ	(ปี ค.ศ.)	หมายเลขเอกสาร			
«ข้อมูลของสถานพยาบาล»		หมายเลขผู้เอาประกัน			
รหัสสถานพยาบาล		«จำนวนเงินที่ต้องชำระเอง»			
		จำนวนเงินที่ต้องชำระเอง			
ประวัติผู้ป่วย	มี ไม่มี	ประเภท	หัวข้อ	ผล	หน่วย
อาการป่วยที่ผู้ป่วยรู้สึก	มี ไม่มี	วัดน้ำหนัก-ส่วนสูง	ส่วนสูง		cm
อาการป่วยที่แพทย์ตรวจพบ	มี ไม่มี		น้ำหนัก		kg
			รอบเอว		cm
			BMI		kg/m ²
ผลการตรวจร่างกาย					
ประเภท	หัวข้อ	ผลตรวจ			หน่วย
ความดันโลหิต	ความดันช่วงบนจากการบีบตัวของหัวใจ				mmHg
	ความดันช่วงล่างจากการคลายตัวของหัวใจ				mmHg
ไขมันในเลือด	ไตรกลีเซอไรด์				mg/dl
	คอเลสเตอรอล HDL				mg/dl
	คอเลสเตอรอล LDL				mg/dl
	คอเลสเตอรอล non-HDL				mg/dl
การตรวจตับ	GOT(AST)				IU/L
	GPT(ALT)				IU/L
	γ-GT(γ-GTP)				IU/L
น้ำตาลในเลือด	น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร				mg/dl
	ช่วงเวลาที่จะเจาะเลือด (หลังอาหาร)				ชั่วโมง
	HbA1C(โปรดใส่ค่า NGSP)				%
	น้ำตาลในเลือดตอนไม่อดอาหาร				mg/dl
ตรวจปัสสาวะ	น้ำตาล				/
	โปรตีน				/
ตรวจปัสสาวะ	เลือดในปัสสาวะ				/
การทำงานของตับ	โปรตีนแอลบูมิน				g/dl
การทำงานของไต	BUN (ไนโตรเจนที่มีอยู่ในกระแสเลือด)				mg/dl
ตรวจหากรดยูริก	กรดยูริก				mg/dl
<p>■ มาตรฐานในการปฏิบัติ.... สำหรับผู้ที่มีภาวะโลหิตจางอยู่แล้วหรือสงสัยว่าน่าจะมีภาวะโลหิตจาง</p>					
ตรวจภาวะโลหิตจาง	จำนวนเม็ดเลือดแดง				หมื่น/mm ³
	ปริมาณฮีโมโกลบิน				g/dl
	ค่าฮีมาโทคริต				%
	เหตุผลในการตรวจภาวะโลหิตจาง				
<p>โปรดเขียนหากมีการปฏิบัติ</p>					
<p>■ มาตรฐานในการปฏิบัติ.... สำหรับผู้ที่มีความดันช่วงบนเกิน 140mmHg หรือความดันช่วงล่างเกิน 90 mmHg หรือสงสัยว่าหัวใจเต้นผิดปกติ</p>					
การวัดคลื่นหัวใจ	ความเห็นต่อผลการวัดคลื่นหัวใจ	1. มีความเห็น		ความเห็น	
	โปรดเขียนหากมีข้อคิดเห็น	2. ไม่มีความเห็น			
	ผู้ที่ต้องวัดคลื่นหัวใจ/เหตุผลในการตรวจ	1. ผู้ที่ตรวจจากผลการตรวจ		เหตุผลที่ตรวจ	
	โปรดเขียนหากมีการปฏิบัติ	2. ผู้ที่หัวใจเต้นผิดปกติ			
<p>■ มาตรฐานในการปฏิบัติ.... สำหรับผู้ที่มีความดันช่วงบนเกิน 130mmHg หรือความดันช่วงล่างเกิน 85 mmHg หรือมีน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร(และภาวะปกติ)เกินกว่า 100mg/dl หรือค่า HbA1C เกินกว่า 5.6%</p>					
ครีเอตินีน	ค่าครีเอตินีน				mg/dl
	eGFR				ml/min/1.73m ²
	ผู้ที่ต้องตรวจครีเอตินีน/เหตุผลในการตรวจ	1. ผู้ที่ตรวจจากผลการตรวจ		เหตุผลที่ตรวจ	
	โปรดเขียนหากมีการปฏิบัติ				
<p>【กรณีแพทย์วินิจฉัยว่าควรตรวจเพิ่ม】</p>					
การตรวจจอประสาทตา	ชนิดของ Keith-Wagner				
	ชนิดของ Scheie : H				
	ชนิดของ Scheie : S				
	ชนิดของ SCOTT				
	ชนิดของ Wong-Mitchell	1.ไม่มีความเห็น 2.ระดับเบา 3.ระดับกลาง 4.ระดับมาก			
	ชนิดของ Davis	1.ไม่มีอาการ 2.ระยะแรก 3.ระยะก่อนลุกลาม 4.ระยะลุกลาม			
	ความคิดเห็นอื่นๆ				
ผู้ที่ต้องตรวจจอประสาทตา/เหตุผลในการตรวจ	1. ผู้ที่ตรวจจากผลการตรวจ		เหตุผลที่ตรวจ		
<p>โปรดเขียนหากมีการปฏิบัติ</p>					
ผลการตรวจโรคอ้วนลงพุง	1.เข้าชาย 2.มีแนวโน้ม 3.ไม่เข้าชาย 4.ตัดสินไม่ได้				
วิธีการให้ข้อมูล (วงกลมสิ่งที่ได้ปฏิบัติ)	1.ให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ 2.ผู้เชี่ยวชาญอธิบายต่อหน้า 3. ทำทั้งข้อ 1-2				
การสนทนาครั้งแรกของของผู้ให้คำแนะนำสุขภาพ	1.ได้สนทนาครั้งแรกในวันที่มีการตรวจสุขภาพ				
คำวินิจฉัยของแพทย์	ชื่อแพทย์				ชื่อสถานตรวจสุขภาพ