

**ส่วนที่ 1 ประวัติส่วนตัวและประวัติสุขภาพ****ประวัติส่วนตัว****1. ข้อมูลส่วนบุคคล**

ชื่อ - นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

เพศ 1.ชาย 2.หญิง วัน เดือน ปีเกิดสถานภาพ 1.โสด 2.สมรส/อยู่ด้วยกัน 3.หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่อาชีพ 1. รับราชการ /รัฐวิสาหกิจ ระบุ..... 2. พนักงาน/ลูกจ้างในหน่วยงานภาครัฐ ระบุ..... 3. พนักงานบริษัท/ลูกจ้างเอกชน ระบุ..... 4. รับจ้างทั่วไป ระบุ..... 5. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 6. เกษตรกรรม 7. ว่างาน 8. อื่น ๆ ระบุ.....

หมู่โลหิต.....

สิทธิการรักษาพยาบาล 1. สิทธิสวัสดิการข้าราชการ 2. สิทธิประกันสังคม 3. สิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง)ประกันสุขภาพ 1.มี 2.ไม่มี**2. ที่อยู่ปัจจุบัน**

บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

3. สถานที่ทำงาน

ชื่อสถานที่ทำงาน/บริษัท.....

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ประวัติสุขภาพ

1. ประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วย

โรคประจำตัว..... ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

ประวัติการผ่าตัด..... ประวัติการแพ้ยาและอาหาร.....

2. ประวัติสุขภาพเฉพาะสตรี

ปัจจุบันยังมีประจำเดือน ไม่มี มี จำนวนบุตร.....คน

การคุมกำเนิด ไม่เคย เคย ระบุวิธี.....

ปัจจุบันคุมกำเนิด ไม่คุม คุม ระบุวิธี.....

3. ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

โรคความดันโลหิตสูง ไม่มี มี (ระบุความสัมพันธ์ เช่น พ่อ แม่)

โรคเบาหวาน ไม่มี มี (ระบุความสัมพันธ์ เช่น พ่อ แม่)

โรคไขมันในเลือดสูง ไม่มี มี (ระบุความสัมพันธ์ เช่น พ่อ แม่)

โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุความสัมพันธ์ เช่น พ่อ แม่)

โรคหลอดเลือดสมอง ไม่มี มี (ระบุความสัมพันธ์ เช่น พ่อ แม่)

โรคเมะเร็ง ระบุ..... (ระบุความสัมพันธ์ เช่น พ่อ แม่)

4. ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ฉีดวัคซีนแล้ว

1 เข็ม

2 เข็ม

ยังไม่ได้ฉีดวัคซีน

ส่วนที่ 2 บันทึกการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง

1. การประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงาน

ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

1. ใน 1 สัปดาห์ ท่านกินอาหารกลุ่มผัก วันละ 5 ทัพพี บ่อยเพียงใด (1 ทัพพี = 3 ช้อนกินข้าว)

- 1.กินทุกวัน
- 2.ประมาณ 4-6 วันต่อสัปดาห์
- 3.ประมาณ 1-3 วันต่อสัปดาห์
- 4.ไม่กินเลย

2. ใน 1 สัปดาห์ ท่านเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว/อาหารสำเร็จรูป/อาหารปรุงสำเร็จ/อาหารจานเดียว บ่อยเพียงใด

- 1.เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง
- 2.เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง
- 3.ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเลย

3. ใน 1 สัปดาห์ ท่านดื่มน้ำดื่มที่มีรสหวานบ่อยเพียงใด

- 1.ดื่มน้ำทุกวัน
- 2.ประมาณ 4-6 วันต่อสัปดาห์
- 3.ประมาณ 1-3 วันต่อสัปดาห์
- 4.ไม่ดื่มน้ำเลย

การแปลผลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการประเมิน	คำแนะนำ
() มีพฤติกรรมการบริโภคที่พึงประสงค์	- การปฏิบัติตัวอย่างที่คุณเป็นถือเป็นแบบอย่างของ

ผลการประเมิน	คำแนะนำ
<ul style="list-style-type: none"> - กินผักวันละ 5 ทัพพี ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ - ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหารที่กินเลย - ไม่เติมเครื่องดื่มน้ำรสหวานเลย 	<p>ผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้านการบริโภค</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ได้รับวิตามินและเส้นใยอาหารในแต่ละวันอย่างเพียงพอ ควรกินผักให้ได้วันละ 5 ทัพพีทุกวัน - การไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหารที่กิน จะทำให้ลดโอกาสได้รับโซเดียมเกินความจำเป็น ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหัวใจ - การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้วทดแทน จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับน้ำตาลเกินความจำเป็น ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน เบาหวาน ฟันผุ และความดันโลหิตสูง
<p>() มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่พึงประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินผักวันละ 5 ทัพพี น้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์หรือไม่กินเลย - เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้งหรือทุกครั้ง - ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานบางครั้งหรือทุกครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - ควรกินผักให้ได้อย่างน้อย 5 ทัพพีต่อวัน เพื่อให้ได้รับวิตามินและเส้นใยอาหารอย่างเพียงพอ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งทางเดินอาหาร และช่วยควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้สูงเกินไป - ไม่ควรเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหารที่กินเป็นประจำ ควรชิมก่อนปรุง เพราะการเติมเครื่องปรุงรสเค็มจะทำให้ได้รับโซเดียมเกินความจำเป็น ทำให้เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต กรณีปรุงอาหารกินเอง ไม่ควรเติมเครื่องปรุงรสเค็มเกินคนละ 4 ช้อนชาต่อวัน - ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มรสหวานเป็นประจำเพราะทำให้เสี่ยงโรค เช่น โรคอ้วน โรคฟันผุ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ หากจำเป็นต้องดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ควรตรวจสอบปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม หรืออาหารที่กิน ปริมาณน้ำตาลไม่ควรได้รับเกินคนละ 6 ช้อนชาต่อวัน หรือไม่เกิน 24 กรัม (1 ช้อนชา เท่ากับน้ำตาล 4 กรัม)

ที่มา : สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

ประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง

1. โดยปกติแล้ว ท่านมีการขยับร่างกายจนเหนื่อยกว่าปกติ (รวมการทำงาน การเดินทาง การประกอบอาชีพ กิจกรรมเพื่อความบันเทิง และการออกกำลังกาย เช่น การเดิน ปั่นจักรยาน การทำงานบ้าน) โดยรวมเป็นเวลาเท่าใดใน 1 สัปดาห์

- 1.มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์
- 2.น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์

2. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านนั่งหรือเอนกายติดต่อกันนาน 2 ชั่วโมงขึ้นไป โดยไม่รวมการนอนหลับ คิดเป็นกี่วันใน 1 สัปดาห์

- 1.ประมาณ 6-7 วันต่อสัปดาห์
- 2.ประมาณ 3-5 วันต่อสัปดาห์
- 3.ประมาณ 0-2 วันต่อสัปดาห์

ประเมินพฤติกรรมนอนหลับพักผ่อน

3. ท่านนอนหลับติดต่อกัน 7-9 ชั่วโมง คิดเป็นกี่วันใน 1 สัปดาห์

- 1.ประมาณ 6-7 วันต่อสัปดาห์
- 2.ประมาณ 3-5 วันต่อสัปดาห์
- 3.ประมาณ 0-2 วันต่อสัปดาห์

การแปลผลพฤติกรรมเคลื่อนไหวนอกแรง

ผลการประเมิน	คำแนะนำ
() มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวนอกแรงที่พึงประสงค์ - ชยับร่างกายจนเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ - ไม่นั่งหรือเอนกายติดต่อกันนาน 2 ชั่วโมงขึ้นไป ประมาณ 0-2 วันต่อสัปดาห์ - นอนหลับ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน ทุกวัน	- การปฏิบัติตัวอย่างที่คุณเป็นถือเป็นแบบอย่างของผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้านการเคลื่อนไหวนอกแรง
() มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวนอกแรงที่ไม่พึงประสงค์ - ชยับร่างกายจนเหนื่อยกว่าปกติ น้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ - นั่งหรือเอนกายติดต่อกันนาน 2 ชั่วโมงขึ้นไป - นอนหลับ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน น้อยกว่า 6 วันต่อสัปดาห์	- ควรชยับร่างกายจนเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ ทั้งในการออกกำลังกาย การทำงาน การเดิน การวิ่ง เป็นต้น - ไม่นั่งเฉยๆ หรือเอนกายติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมง ควรเปลี่ยนอิริยาบถด้วยการเดินไปมาหรือยืดเหยียดร่างกาย - ควรนอนหลับให้ได้วันละ 7-9 ชั่วโมง และควรเข้านอนไม่เกิน 4 ทุ่ม ในทุก ๆ วัน

ที่มา : กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย

ประเมินพฤติกรรมดูแลช่องปาก

1. ท่านแปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์หรือไม่ อย่างไร

- 1.แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที
- 2.แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน แต่ไม่ถึง 2 นาที
- 3.แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์บางวัน
- 4.ไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย

2. การเข้ารับบริการทางทันตกรรม

2.1 ในปีที่ผ่านมาท่านไปรับบริการทันตกรรมหรือไม่

1.ไม่ไป (เลือกข้อนี้ไม่ต้องตอบข้อ 2.2)

2.ไป

2.2 ในปีที่ผ่านมา ท่านไปรับบริการทันตกรรมด้านใดดังต่อไปนี้ (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไปรับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก อุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน
 รักษาโรคฟัน ใส่ฟันปลอม ผ่าฟันคุด อื่นๆ ระบุ

การแปลผลพฤติกรรมกรรมการดูแลช่องปาก

ผลการประเมิน	คำแนะนำ
<p>() มีพฤติกรรมการดูแลช่องปากที่พึงประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที - พบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - การปฏิบัติตัวอย่างที่คุณเป็นถือเป็นแบบอย่างของ ผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก
<p>() มีพฤติกรรมการดูแลช่องปากที่ไม่พึงประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน แต่ไม่ถึง 2 นาที / แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์บางวัน/ไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย - ในรอบปีที่ผ่านมาไม่พบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก 	<ul style="list-style-type: none"> - ท่านควรแปรงฟันก่อนนอนทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นานครั้งละอย่างน้อย 2 นาที - ท่านควรพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และหากพบความผิดปกติใด ๆ ในช่องปาก ควรรับการรักษาทันที

ที่มา : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

2. การประเมินความเครียด (ST-5)

ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น รายได้ที่ไม่เพียงพอ หนี้สิน ภัยพิบัติต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย ความเจ็บป่วย เป็นต้น ความเครียดมีทั้งประโยชน์และโทษ หากมากเกินไปจะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของท่านได้ ขอให้ท่านลองประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0- 3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

- คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี
 คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง
 คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง
 คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2 - 4 สัปดาห์	แทบไม่มี	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก	0	1	2	3
2	มีสมาธิน้อยลง	0	1	2	3
3	หงุดหงิด / กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจ	0	1	2	3
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง	0	1	2	3
5	ไม่อยากพบปะผู้คน	0	1	2	3
คะแนนรวม					

การแปลผล

ค่าคะแนน	ความหมาย
0 - 4 คะแนน	- ไม่มี ความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม
5 - 7 คะแนน	- สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด ควรผ่อนคลายความเครียดด้วยการพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับคนใกล้ชิด เพื่อระบายความเครียดหรือคลี่คลายที่มาของปัญหาและอาจใช้การหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ ซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง หรือใช้หลักศาสนาเพื่อคลายความกังวล
8 คะแนนขึ้นไป	- มีความเครียดสูง ในระดับที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดหลัง นอนไม่หลับ ฯลฯ ควรขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขเพื่อดูแลจิตใจหรือเพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและหาแนวทางแก้ไข โดยสามารถโทรปรึกษากรมสุขภาพจิต ที่หมายเลขโทรศัพท์ 1323 บริการปรึกษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง และควรคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

ที่มา : กรมสุขภาพจิต

3. การประเมินการติดบุหรี่

แบบทดสอบเพื่อวัดการติดสารนิโคติน กรณีท่านไม่สูบบุหรี่ ไม่ต้องทำแบบทดสอบนี้

คำถาม	คำตอบ	ระดับคะแนน	คะแนนที่ ประเมินได้
1. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน	10 มวน หรือน้อยกว่า	0	
	11 – 20 มวน	1	
	21 – 30 มวน	2	
	มากกว่า 31 มวน	3	
2. หลังตอนเช้าคุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่ หลังตื่นนอน	ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน	3	
	6 – 30 นาที หลังตื่นนอน	2	
	31 – 60 นาที หลังตื่นนอน	1	
	มากกว่า 60 นาทีหลังตื่น	0	
3. คุณสูบบุหรี่จัดในช่วงโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบบุหรี่มากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน)	ใช่	1	
	ไม่ใช่	0	
4. บุหรี่มวนไหนที่คุณไม่อยากเลิกมากที่สุด	มวนแรกตอนเช้า	1	
	มวนอื่น ๆ	0	
5. คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากไหม ที่ต้องอยู่ ใน “เขตปลอดบุหรี่” เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร ร้านอาหาร	รู้สึกลำบาก	1	
	ไม่รู้สึกลำบาก	0	
6. คุณยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วยนอน พักรักษาตัวในโรงพยาบาล	ใช่	1	
	ไม่ใช่	0	
รวมคะแนน			

การแปลผล

คะแนน	ความหมาย
0 – 3	ไม่นับว่าติดสารนิโคติน คุณสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง หากเคยล้มเหลวจากการพยายามเลิกด้วยตนเอง คุณอาจลองใช้พฤติกรรมบำบัดบางอย่างช่วยเสริม
4 – 5	ติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง คุณสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง หากเคยล้มเหลวจากการพยายามเลิกด้วยตนเองคุณอาจลองใช้พฤติกรรมบำบัดบางอย่างช่วยเสริม
6 – 7	ติดสารนิโคตินระดับปานกลาง และมีแนวโน้มอย่างมากในการพัฒนาไปเป็นการติดสารนิโคตินในระดับสูง การเลิกสูบบุหรี่เสียตั้งแต่วันนี้ จะทำได้ง่ายกว่าการที่คุณจะยังสูบบุหรี่ต่อไป และจะมีแผนเลิกในอนาคต หากเคยล้มเหลวจากการพยายามเลิกด้วยตนเองหรือร่วมกับการใช้พฤติกรรมบำบัดเสริม คุณควรอย่างยิ่งที่จะไปพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษา เพื่อการเลิกสูบบุหรี่
8 – 9	ติดสารนิโคตินในระดับสูง คุณควรใส่ใจและให้ความสำคัญกับสุขภาพของคุณ และเอาใจริงเอาจริงในการเลิกบุหรี่เพื่อชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับคุณการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองหรือการใช้แค่เพียงกำลังใจอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการรักษาหากเคยล้มเหลวจากการพยายามเลิกด้วยตนเองหรือร่วมกับการใช้พฤติกรรมบำบัดเสริม หรือวิธีอื่นๆ รวมทั้งการใช้แผ่นแปะนิโคตินหรือหมากฝรั่งนิโคตินมาแล้ว กรณีนี้ท่านควรพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่
10	ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก คุณควรใส่ใจและให้ความสำคัญกับสุขภาพของคุณ และเอาใจริงเอาจริงในการเลิกบุหรี่เพื่อชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับคุณการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองหรือการใช้แค่เพียงกำลังใจอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ หากเคยล้มเหลวจากการพยายามเลิกด้วยตนเองหรือร่วมกับการใช้พฤติกรรมบำบัดเสริม หรือวิธีอื่นๆ รวมทั้งการใช้แผ่นแปะนิโคตินมาแล้ว กรณีนี้ท่านควรพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษา เพื่อการเลิกบุหรี่

ที่มา : กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค

4. การประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ASSIST 7 ข้อ)

คำถามแต่ละข้อต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง สุรา เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ ไวน์ เป็นต้น

ข้อ 1. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ (หรือเคยดื่มแต่หยุดดื่มมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป)					
<input type="checkbox"/> ไม่เคย (ยุติการประเมิน)		<input type="checkbox"/> เคย			
คำถาม	ไม่เคย	1 - 2 ครั้ง	ทุกเดือน	ทุกสัปดาห์	เกือบทุกวัน
ข้อ 2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร	0 คะแนน ข้ามไปข้อ 6	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	6 คะแนน
ข้อ 3. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคย รู้สึกอยากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมาก บ่อยเพียงไร	0 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	6 คะแนน
ข้อ 4. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คุณ เกิดปัญหา สุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือการเงิน บ่อยเพียงไร	0 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	6 คะแนน	7 คะแนน
ข้อ 5. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณไม่สามารถทำกิจกรรมที่คุณควรจะได้ทำตามปกติ เนื่องจากคุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร	0 คะแนน	5 คะแนน	6 คะแนน	7 คะแนน	8 คะแนน
คำถาม	ไม่เคย	เคย ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา	เคยก่อนหน้า 3 เดือน ที่ผ่านมา		
ข้อ 6. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เพื่อนฝูง ญาติ หรือคนอื่น เคยแสดงความกังวลหรือตักเตือนคุณ เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคุณ หรือไม่	0 คะแนน	6 คะแนน	3 คะแนน		
ข้อ 7. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณ เคยพยายามหยุดหรือลดการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยลง แต่ทำไม่สำเร็จหรือไม่	0 คะแนน	6 คะแนน	3 คะแนน		

การแปลผล

คะแนน	ระดับความเสี่ยง	ผลการประเมิน
0 – 10	เสี่ยงต่ำ	- การดื่มในขณะนี้มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา แต่ในอนาคตหากดื่มมากกว่านี้ มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุราได้
11 – 26	ปานกลาง	- มีความเสี่ยงปานกลางต่อสุขภาพและปัญหาอื่นๆ หรืออาจเริ่มมีปัญหบบางอย่างเกิดขึ้นแล้ว การดื่มสุราอย่างต่อเนื่องลักษณะเช่นนี้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ เพิ่มขึ้นได้ในอนาคตรวมถึงเสี่ยงต่อการติดสุราได้ โดยเฉพาะในคนที่เคยมีปัญหาจากการดื่มสุราหรือเคยติดสุรามาก่อน
≥ 27	เสี่ยงสูง	- บ่งชี้ว่าความเสี่ยงสูงต่อการติดสุราแล้ว หรือติดสุราแล้ว หรือกำลังประสบปัญหาสุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมาย ที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

ที่มา : แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

5. การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือด

การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

การประเมินทำนายโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (stroke) ในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า โดยมีวิธีการประเมิน 2 รูปแบบ ดังนี้

1. ประเมินผ่านโปรแกรม Thai CV risk score แบบออนไลน์

1.1 เข้า Google พิมพ์คำว่า “Thai CV risk score” หรือ

1.2 Scan QR code นี้



การแปลผลโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (stroke) ในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

< 10%	ต่ำ
10%-<20%	ปานกลาง
20%-<30%	สูง

30%-<40%	สูงมาก
>40%	สูงอันตราย

ที่มา : Thai CV risk score, โครงการศึกษาระยะยาวเพื่อหาอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2528-2558 (เป็นการปรับตารางสีจากเดิมที่ใช้ข้อมูลระดับภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก มาใช้ข้อมูลของประเทศไทยที่มีอยู่แทน)

6. การประเมินอาการวัยทองในเพศหญิง อายุ 45 – 59 ปี

คำชี้แจง : ท่านมีอาการต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความจริงมากที่สุด					
อาการ	ไม่มี (0)	น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
1. ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากขึ้น					
2. ใจสั่น แน่นหน้าอก ใจเต้นแรง					
3. นอนไม่หลับ หลับได้ไม่นาน ตื่นง่าย หลับไม่สนิท					
4. อารมณ์ซึมเศร้า อยากร้องไห้ รู้สึกด้อยค่า อารมณ์แปรปรวน					
5. กระสับ กระส่าย หงุดหงิด โกรธง่าย					
6. วิดกกังวล ตื่นเต้น ตกใจง่าย					
7. ความจำไม่ดี ลืมง่าย ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง					

8. ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ เช่น การเปลี่ยนแปลงของความต้องการทางเพศ ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ และความพึงพอใจต่อการมีเพศสัมพันธ์					
9. ปัญหาทางระบบปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ไอบาม ปัสสาวะเล็ด					
10. ช่องคลอดแห้ง แสบ คัน มีเพศสัมพันธ์ยากขึ้น					
11. ปัญหาของข้อและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดตามข้อปวดเมื่อยตามร่างกาย					
รวมคะแนน					

การแปลผล

คะแนน	แปลผล	คำแนะนำ
0	ไม่มีอาการ	<ul style="list-style-type: none"> - ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที - รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ - นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอควรนอนหลับอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน - งดสูบบุหรี่ สารเสพติดและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด
1 - 4	อาการน้อย	<ul style="list-style-type: none"> - ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที - รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ - นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอควรนอนหลับอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน - งดสูบบุหรี่ สารเสพติดและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด
5 - 8	อาการปานกลาง	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ควรออกกำลังกายที่ใช้แรงกระแทก โดยเฉพาะข้อเข่า เช่น การกระโดดเชือก หรือการออกกำลังกายที่ทำให้เข่ารับน้ำหนักมาก - ลดอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม และควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดีสูง เพื่อบำรุงกระดูกและส่วนต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะถ้ามีผลข้างเคียง - ทำกิจกรรมยามว่างเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ทำบุญตักบาตร เป็นต้น - ควรสวมเสื้อผ้าโปร่งสบาย อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทสะดวก ลดอาการร้อนวูบวาบ - ผู้หญิงที่มีอาการช่องคลอดแห้งความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง การตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศลดลง สามารถบรรเทาได้ด้วยการใช้ควายเจลหล่อลื่นในช่องคลอดโดยตรง และควรบริหาร อู้งเชิงกราน (ขมิบ) อย่างสม่ำเสมอ
9 - 15	อาการมาก	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ควรออกกำลังกายที่ใช้แรงกระแทก โดยเฉพาะข้อเข่า เช่น การกระโดดเชือก หรือการออกกำลังกายที่ทำให้เข่ารับน้ำหนักมาก

คะแนน	แปลผล	คำแนะนำ
		<ul style="list-style-type: none"> - ลดอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม และควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดีสูง เพื่อบำรุงกระดูกและส่วนต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะถั่วเมล็ดแห้ง - ทำกิจกรรมยามว่างเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ทำบุญตักบาตร เป็นต้น - ควรสวมเสื้อผ้าโปร่งสบาย อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทสะดวก ลดอาการร้อนวูบวาบ - ผู้หญิงที่มีอาการช่องคลอดแห้งความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง การตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศลดลง สามารถบรรเทาได้ด้วยการใช้ควายเจลหล่อลื่นในช่องคลอดโดยตรง และควรบริหาร อู้งเชิงกราน (ขมิบ) อย่างสม่ำเสมอ
16 ขึ้นไป	ควรปรึกษาแพทย์	- หากมีอาการรุนแรงควรปรึกษาแพทย์

ที่มา : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

7. การประเมินอาการวัยทองในเพศชาย อายุ 40 – 59 ปี

คำชี้แจง : ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ตามความจริงมากที่สุด

อาการ	ไม่มีอาการ (0)	มีอาการ (1)
1) อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย		
2) ความจำเสื่อม ไม่มีสมาธิ		
3) ซึมเศร้า ไม่ร่าเริง		
4) อ่อนเพลีย กำลังวังชาลดลง ง่วงเหงา		
5) หลับไม่สนิท ตื่นแล้วหลับยาก		
6) ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก		
7) ปวดเมื่อยตามร่างกาย		
8) ผิวหนังแห้ง คัน		
9) ความสนใจ และความต้องการทางเพศน้อยลง		
10) หย่อนสมรรถภาพทางเพศ		
	รวมคะแนน	

การแปลผล

คะแนน	แปลผล	คำแนะนำ
0 - 5	ไม่มีอาการ ภาวะฮอร์โมน เพศชาย บกพร่อง	<ul style="list-style-type: none"> - ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที - รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ - นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอควรนอนหลับ อย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน - งดสูบบุหรี่ สารเสพติดและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด - ทำกิจกรรมยามว่าง เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ทำบุญตักบาตร เป็นต้น - ปรับสภาพแวดล้อมให้ผ่อนคลาย และสร้างสัมพันธ์ในครอบครัวสม่ำเสมอ เช่น กอด ฯลฯ
> 5	มีอาการของ ภาวะฮอร์โมน เพศชาย บกพร่อง	<ul style="list-style-type: none"> - ควรสวมเสื้อผ้าโปร่งสบาย และอยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทสะดวก - ไม่ออกกำลังกายที่ใช้แรงกระแทก โดยเฉพาะข้อเข่า เช่น กระโดดเชือก - ดื่มน้ำสะอาดสม่ำเสมอ ช่วยให้เลือดไหลเวียนสะดวก - ลดอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม และควรเพิ่มอาหารประเภทถั่วเหลือง - ลดความเครียด และความวิตกกังวลในชีวิตประจำวัน - ควรเปิดโอกาสให้ภรรยาเปิดเผยความรู้สึกและความต้องการเพื่อร่วมแก้ไขปัญหา - ควรสร้างความรู้สึกทางเพศ นอกเหนือจากการเล่าโลมและกระตุ้นโดยตรงที่อวัยวะเพศ - ควรใช้สารหล่อลื่น เช่น เควายเจล ก่อนมีเพศสัมพันธ์
หมายเหตุ : หากมีอาการในข้อที่ 1 5 7 9 และ 10 รวมอยู่ด้วยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง		

ที่มา : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

8. บันทึกการตรวจเต้านมตนเอง (ผู้หญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป)

ทำเครื่องหมาย ✓ เมื่อพบว่าปกติ และทำเครื่องหมาย ✗ เมื่อพบสิ่งผิดปกติ												
รายละเอียดการตรวจเต้านม	ปี พ.ศ.											
	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
ลงวันที่ตรวจ												
1. ทำยีนหน้ากระจก ยีนปล่อยแขนปกติ / ยกแขน / ก้มตัวทำเอวมาข้างหน้า												
- เต้านมสองข้างมีการเปลี่ยนแปลงจากปกติหรือไม่												
- หัวนมมีการเปลี่ยนสีหรือมีของเหลวออกจากหัวนมหรือไม่												
- หัวนมบิดเบี้ยวหรือไม่												
- มีรอยยุบหรือรอยบุ๋มที่เต้านมหรือไม่												
- เต้านมที่ห้อยมาข้างหน้าผิดปกติ มีก้อน มีรอยดิ่งรั้งหรือไม่												
2. ทำคลำด้วยมือ ด้วยท่านอน ใช้ 3 นิ้ว กด 3 ระดับ ตรวจเต้านมทั้ง 2 ข้าง												
- คลำจากบริเวณไหปลาร้าจนถึงใต้ราวนม พบสิ่งผิดปกติหรือไม่												
- คลำจากใต้รักแร้จนถึงกึ่งกลางอก พบสิ่งผิดปกติหรือไม่												
- ท่านพบสิ่งผิดปกติ โปรดระบุ (เช่น พบก้อนเต้านมข้างขวา)												
หมายเหตุ. พบความผิดปกติให้พบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน												

การแปลผล

ปกติ คือ ไม่พบความผิดปกติที่เต้านม

ผิดปกติ คือ คลำพบก้อนที่เต้านม มีของเหลวออกจากหัวนม หรือมีการเปลี่ยนสีผิวหรือหนังบริเวณเต้านม

ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

9. สรุปผลการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		
	ว/ด/ป	ว/ด/ป	ว/ด/ป
การประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงาน อย่างน้อยปีละ ครั้ง	<input type="checkbox"/> มีพฤติกรรมพึงประสงค์ 4 ด้าน <input type="checkbox"/> มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์	<input type="checkbox"/> มีพฤติกรรมพึงประสงค์ 4 ด้าน <input type="checkbox"/> มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์	<input type="checkbox"/> มีพฤติกรรมพึงประสงค์ 4 ด้าน <input type="checkbox"/> มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์
การประเมินความเครียด อย่างน้อยปีละ ครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีความเครียด <input type="checkbox"/> สงสัยเครียด <input type="checkbox"/> มีความเครียดสูง	<input type="checkbox"/> ไม่มีความเครียด <input type="checkbox"/> สงสัยเครียด <input type="checkbox"/> มีความเครียดสูง	<input type="checkbox"/> ไม่มีความเครียด <input type="checkbox"/> สงสัยเครียด <input type="checkbox"/> มีความเครียดสูง
การประเมินการติดบุหรี่	<input type="checkbox"/> ไม่ติดสารนิโคติน <input type="checkbox"/> ติดสารนิโคตินปานกลาง <input type="checkbox"/> ติดสารนิโคตินปานกลางและมีแนวโน้มติดในระดับสูง <input type="checkbox"/> ติดสารนิโคตินในระดับสูง <input type="checkbox"/> ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก	<input type="checkbox"/> ไม่ติดสารนิโคติน <input type="checkbox"/> ติดสารนิโคตินปานกลาง <input type="checkbox"/> ติดสารนิโคตินปานกลางและมีแนวโน้มติดในระดับสูง <input type="checkbox"/> ติดสารนิโคตินในระดับสูง <input type="checkbox"/> ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก	<input type="checkbox"/> ไม่ติดสารนิโคติน <input type="checkbox"/> ติดสารนิโคตินปานกลาง <input type="checkbox"/> ติดสารนิโคตินปานกลางและมีแนวโน้มติดในระดับสูง <input type="checkbox"/> ติดสารนิโคตินในระดับสูง <input type="checkbox"/> ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก
การประเมินพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ดื่มแบบเสียน้อย <input type="checkbox"/> ดื่มแบบเสีียงปานกลาง <input type="checkbox"/> ดื่มแบบเสีียงอันตราย	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ดื่มแบบเสียน้อย <input type="checkbox"/> ดื่มแบบเสีียงปานกลาง <input type="checkbox"/> ดื่มแบบเสีียงอันตราย	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ดื่มแบบเสียน้อย <input type="checkbox"/> ดื่มแบบเสีียงปานกลาง <input type="checkbox"/> ดื่มแบบเสีียงอันตราย
การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือด อย่างน้อยปีละ ครั้ง	<input type="checkbox"/> ต่ำ <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูงอันตราย	<input type="checkbox"/> ต่ำ <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูงอันตราย	<input type="checkbox"/> ต่ำ <input type="checkbox"/> ปานกลาง <input type="checkbox"/> สูง <input type="checkbox"/> สูงมาก <input type="checkbox"/> สูงอันตราย
ประเมินอาการวัยทองในเพศหญิง อายุ 45 – 59 ปี อย่างน้อยปีละ ครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> อาการน้อย <input type="checkbox"/> อาการปานกลาง <input type="checkbox"/> อาการมาก <input type="checkbox"/> ควรปรึกษาแพทย์	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> อาการน้อย <input type="checkbox"/> อาการปานกลาง <input type="checkbox"/> อาการมาก <input type="checkbox"/> ควรปรึกษาแพทย์	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> อาการน้อย <input type="checkbox"/> อาการปานกลาง <input type="checkbox"/> อาการมาก <input type="checkbox"/> ควรปรึกษาแพทย์

ประเมินอาการวัยทองในเพศชาย อายุ 40 – 59 ปี อย่างน้อยปีละ ครั้ง	คะแนนรวมปัญหาสุขภาพทางเพศ () เสี่ยงน้อย () เสี่ยงมาก	คะแนนรวมปัญหาสุขภาพทางเพศ () เสี่ยงน้อย () เสี่ยงมาก	คะแนนรวมปัญหาสุขภาพทางเพศ () เสี่ยงน้อย () เสี่ยงมาก
การตรวจเต้านมตนเอง (เฉพาะผู้หญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป)	() ปกติ () ผิดปกติ	() ปกติ () ผิดปกติ	() ปกติ () ผิดปกติ

ส่วนที่ 3 บันทึกการตรวจสุขภาพโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

1. บันทึกการตรวจร่างกาย

รายการ	อายุ/ความถี่	ผลการตรวจร่างกาย		
		วัน/เดือน/ปี	วัน/เดือน/ปี	วัน/เดือน/ปี
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	- อายุ 15 ปีขึ้นไป - ปีละครั้ง			
ส่วนสูง (เซนติเมตร)				
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)				
ชีพจร (ครั้ง/นาที)				
ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)				
ตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Examination :CBE)	- หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป - ปีละครั้ง			
ตรวจการได้ยินด้วย finger rub test	- อายุ 15 ปีขึ้นไป - ปีละครั้ง			
ตรวจตาโดยจักษุแพทย์	- อายุ 40 – 59 ปี - อย่างน้อย 1 ครั้ง			
ตรวจอื่น ๆ ระบุ				

.....				
การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา				
ผู้ตรวจ				
สถานพยาบาลที่ตรวจ				

2. บันทึกการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ค่าอ้างอิง	อายุ/ความถี่	ผลการตรวจ	
			วัน/เดือน/ปี	วัน/เดือน/ปี
การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count : CBC)				
Hb ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง	ญ.12 – 16 gm/dl, ช. 14 – 18 gm/dl	- อายุ 15 ปีขึ้นไป - ปีละครั้ง		
Hct อัตราความเข้มข้นของเลือด	ญ. 37 – 48 %, ช. 42 – 52%			
WBC จำนวนเม็ดเลือดขาว	4,000 – 11,000/ul			
Platelet count จำนวนเกล็ดเลือด	150,000 – 440,000/ul			
การตรวจทางเคมีในเลือด (Blood Chemistry)				
FBS น้ำตาลในเลือด	70 – 100 mt/dl	- อายุ 35 ปีขึ้นไป - ปีละครั้ง		
Cholesterol ไขมันโคเลสเตอรอล	< 200 mg/dl			
Triglyceride ไขมันไตรกลีเซอไรด์	< 200 mg/dl			
HDL ไขมันชนิดดี	> 40 mg/dl			

รายการ	ค่าอ้างอิง	อายุ/ความถี่	ผลการตรวจ	
			วัน/เดือน/ปี	วัน/เดือน/ปี
LDL ไขมันชนิดเลว	< 160 mg/dl			
BUN การทำงานของไต	6.0 – 20 mg/dl			
Creatinine การทำงานของไต	0.5 – 1.0 mg/dl			
Uric acid กรดยูริกในเลือด	2.0 – 7.0 mg/dl			
SGOT การทำงานของตับ	0 – 32 u/l			
SGPT การทำงานของตับ	0 – 33 u/l			
Alk. Phosphatase การทำงานของตับ	35 – 105 u/l			
การตรวจอื่น ๆ				
UA การตรวจปัสสาวะ		- อายุ 15 ปีขึ้นไป - ปีละครั้ง		
Stool การตรวจอุจจาระ				
Chest X-ray การตรวจรังสีทรวงอก				
HbsAg เชื้อไวรัสตับอักเสบบี		เกิดก่อนปี 2535		
มะเร็งปากมดลูก Pap Smear		- หญิงอายุ 30 – 49 ปี - 1 ครั้ง ทุก 5 ปี		
.....				
.....				
.....				
.....				
การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา				
ผู้ตรวจ				
สถานพยาบาลที่ตรวจ				
หมายเหตุ : ค่าอ้างอิงผลเลือดสามารถใช้ค่าอ้างอิงตามสถานบริการที่ตรวจได้				

3. บันทึกการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง

วัน/เดือน/ปี	ปัจจัยเสี่ยงที่ตรวจ	ผลการตรวจ	การส่งต่อ	ผู้ตรวจ	สถานพยาบาล

วัน/เดือน/ปี	ปัจจัยเสี่ยงที่ตรวจ	ผลการตรวจ	การส่งต่อ	ผู้ตรวจ	สถานพยาบาล

4. บันทึกการรับวัคซีนป้องกันโรค

วัคซีน	วัน เดือน ปี ที่ได้รับวัคซีน สถานบริการที่รับบริการ			ผู้ที่ควรได้รับวัคซีน
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ – บาดทะยัก (dT)				<ul style="list-style-type: none"> - เคยได้รับวัคซีนมาก่อนแต่ไม่ถึง 3 ครั้ง - เคยได้รับวัคซีนครบ 3 ครั้งเกิน 10 ปี - กระตุ้น 1 เข็ม เมื่ออายุลงท้ายด้วย 0
ฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาล				<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีโรคเรื้อรัง 7 โรค ได้แก่ หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมะเร็งที่ รักษาด้วยเคมีบำบัด - 1 เข็มทุกปี

ฉีดวัคซีน HB				- ให้ในคนที่ไม่เคยมีภูมิคุ้มกันหรือไม่เคยได้รับวัคซีน - กรณีเกิดก่อนปี 2536 หากไม่สามารถตรวจ antiHBc ได้ สามารถให้วัคซีนได้เลย - 3 เข็ม ระยะห่าง 0 1 6 เดือน
วัคซีนอื่น ๆ				
.....				
.....				
.....				
.....				
สถานพยาบาล				

5. บันทึกการตรวจสุขภาพช่องปาก

รายการตรวจ	ผลการตรวจ		
	วัน/เดือน/ปี	วัน/เดือน/ปี	วัน/เดือน/ปี
จำนวนฟันที่ใช้ได้ (ซี่)			
ฟันผุ (ระบุซี่ฟัน)			
ฟันโยก (ระบุซี่ฟัน)			

เหงื่อออกเสบ			
มีฟันปลอมในช่องปาก			
มีรอยโรคก่อนมะเร็ง หรือมะเร็งช่องปาก			
อื่นๆ.....			
ผู้ตรวจ			
สถานพยาบาลที่ตรวจ			

6. บันทึกการทดสอบสมรรถภาพทางกาย













ว/ด/ป/ ที่ทำการทดสอบ	รายการทดสอบ														
	สมรรถภาพของระบบหายใจ และไหลเวียนโลหิต					สมรรถภาพกล้ามเนื้อ					ความอ่อนตัว				
	ดีมาก	ดี	ปาน กลาง	ต่ำ	ต่ำ มาก	ดีมาก	ดี	ปาน กลาง	ต่ำ	ต่ำ มาก	ดี เยี่ยม	ดี มาก	ดี	ปาน กลาง	ต่ำ

หมายเหตุ : เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์สามารถศึกษาวิธีการทดสอบสมรรถภาพทางกาย
ได้ที่ QR Code นี้



<https://bit.ly/2OLdXoQ>

ส่วนที่ 5 Application จำเป็นสำหรับวัยทำงาน

Application	QR code	Link
<p>ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> 		<p>IOS : https://apple.co/3qKH0h Android : https://rb.gy/hmu4jw</p>
<p>บันทึกการตรวจเต้านมตนเอง</p> 		<p>http://doh.hpc.go.th/bseApp/</p>
<p>ประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น</p> 		<p>https://checkin.dmh.go.th/</p>
<p>ก้าวทำใจ</p> 		<p>https://www.kaotajai.com/login</p>
<p>ฟันดี</p> 	<p>IOS</p> 	<p>https://apple.co/2OxHBOr</p>
	<p>Android</p> 	<p>https://rb.gy/fi2tsx</p>
<p>เมนูสุขภาพ</p> 		<p>https://f4h.anamai.moph.go.th/</p>

--	--	--

ที่ปรึกษา

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย | อธิบดีกรมอนามัย |
| 2. นายแพทย์อรุณพล แก้วสัมฤทธิ์ | รองอธิบดีกรมอนามัย |
| 3. นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา | ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ |
| 4. แพทย์หญิงสายพิณ คูสมิทธิ | ที่ปรึกษาสำนักส่งเสริมสุขภาพ |
| 5. นางจรรุวรรณ จงวนิช | ที่ปรึกษาสำนักส่งเสริมสุขภาพ |

คณะทำงาน

1. กลุ่มอนามัยวัยทำงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
4. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย
5. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
6. กรมสุขภาพจิต
7. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์