

■ กรอกข้อมูล (โดยผู้ป่วย):

โปรดเขียนชื่อของคุณที่นี่	
โปรดเขียนที่อยู่ของคุณที่นี่	
โปรดเขียนอายุของคุณที่นี่	
โปรดเขียนชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของบุคคลที่เราสามารถติดต่อได้	

■ คำถามจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยสามารถตอบ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่":

	ใช่	ไม่ใช่
1. คุณรู้สึกเจ็บปวดตรงส่วนใดหรือไม่		
2. คุณรู้สึกเจ็บปวดแบบจับพั่นหรือไม่		
3. คุณรู้สึกเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องหรือไม่		
4. คุณเคยหมดสติหรือไม่		
5. คุณหายใจหอบเหนื่อยหรือไม่		
6. คุณมีเลือดออกตรงส่วนใดหรือไม่		
7. คุณมีอาการปวดศีรษะหรือไม่		
8. คุณมีอาการปวดท้องหรือไม่		
9. คุณมีอาการท้องเสียหรือไม่		
10. คุณมีอาการท้องผูกหรือไม่		
11. คุณได้อาเจียนหรือไม่		
12. คุณเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่		
13. คุณเคยได้รับการผ่าตัด และ/หรือเข้ารับการทำหัตถการที่รุกรานร่างกายหรือไม่		
14. คุณเคยมีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจหรือไม่		

	ใช่	ไม่ใช่
15. คุณเป็นโรคเบาหวานหรือไม่		
16. คุณเป็นโรคลมบ้าหมูหรือไม่		
17. คุณเป็นโรคหอบหืดหรือไม่		
18. คุณกำลังใช้ยาตัวใดอยู่หรือไม่		
19. คุณแพ้ยาอะไรหรือไม่		
20. คุณกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่		

■ คำอธิบาย (โดยผู้ให้บริการทางการแพทย์):

1. ฉันจะทำการตรวจร่างกายคุณ
2. ฉันจะวัดความดันโลหิตของคุณ
3. ฉันจะฟังเสียงหัวใจและตรวจลมหายใจของคุณ
4. ฉันจะทำการตรวจหัวใจของคุณ
5. ฉันจะฉีดยาให้แก่คุณ
6. ฉันจะสั่งจ่ายยาให้แก่คุณ
7. ฉันจะสั่งตรวจเลือดของคุณ
8. ฉันจะสั่งตรวจปัสสาวะของคุณ
9. ฉันจะสั่งตรวจเอกซเรย์คุณ
10. คุณจำเป็นต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล

▪ คำสั่ง (โดยผู้ให้บริการทางการแพทย์):

1. อ้าปากแล้วเปล่งเสียง 'อ้าา'
2. ถอดเสื้อผ้าที่นอนบน
3. ถอดเสื้อผ้าที่นอนล่าง
4. นอนลงบนเตียง
5. สูดหายใจเข้าลึกๆ และกลั้นลมหายใจไว้
6. หายใจตามปกติ
7. ห้ามรับประทานอาหารใดๆ
8. ห้ามดื่มเครื่องดื่มใดๆ

ขอบคุณ!