

๓.๕.๔) รูปแบบการบันทึก IPD paperless

โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร มีการดำเนินการบันทึกข้อมูล และออกใบรายงาน แบบฟอร์ม และเอกสาร สำคัญของผู้ป่วยใน ผ่านระบบ HosXP XE โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔

Report Designer - BMS-HOSXP XE 4.0 : H25.5.69 r6351							
Application OPD Registry Refer Registry โยคนภาพ PCU Psychiatric Physic Registry IPD Registry Nurse Doctor Dental ER EMS Dispensary Pharmacy Finance Laboratory							
HOSxPLoginWelcomeHTMLForm Report Designer							
Report Designer							
System Report End User Report Cloud Template							
Drag a column header here to group by that column							
No.	Public	Module	Report Name	Last Update	Report Version	Report Remark	Engine
60	✓	BMS-IPD	XE-FORM-IPD-SUMMARY-RG501	10/6/2569 13:19:39		1.5 ใบ Summary ผู้ป่วยใน-รพ.พิบูล	Local
61	✓	BMS-IPD	XE-FORM-MAR-2	28/3/2569 16:52:59		0.7 ใบMAR แบบแถวเดียว	Local
62	✓	BMS-IPD	XE-FORM-MAR-Phiboon	26/5/2569 15:02:31		0.4 ใบ MAR Oral Drugs	Local
63	✓	BMS-IPD	XE-FORM-MAR-Phiboon-Inj.	26/5/2569 16:30:19		0.3 ใบ MAR Injectable Drugs	Local
64	✓	BMS-IPD	XE-FORM-MAR-Phiboon-One Day	26/5/2569 16:57:34		0.3 ใบ MAR Oral-Oneday Drugs	Local
65	✓	BMS-IPD	XE-FORM-STICKER-ADMIT-2	7/5/2569 15:10:36		0.4 Sticker Admit - OPD/ER	Local
66	✓	BMS-IPD	XE-FORM-STICKER-IPD-1	7/5/2569 14:58:54		0.7 Sticker Admit - IPD	Local
67	✓	BMS-IPD	XE-FORM-STICKER-IPD-1-OR	7/5/2569 15:20:13		0.4 Sticker Admit - IPD	Local
68	✗	BMS-IPD	XE-FORM-SUMMARY-RG501	2/5/2569 15:08:40		2.5 ใบ Summary ผู้ป่วยใน	Local
69	✓	BMS-IPD	XE-FORM-รายงานแสดงรายชื่อผู้ป่วยนอนใน WARD	3/5/2569 9:38:48		0.5 รายงานแสดงคนไข้ใน Ward	Local
70	✓	BMS-LAB	XE-FORM-LAB-ORDER-IPD	29/3/2569 15:33:28		1.6 ใบสั่ง LAB ผู้ป่วยใน (IPD)	Local
71	✓	BMS-LAB	XE-FORM-LAB-ORDER-OPD	29/3/2569 15:32:24		4.2 ใบสั่ง LAB ผู้ป่วยนอก (OPD)	Local
72	✓	BMS-LAB	XE-FORM-LAB-REPORT-1	8/7/2569 15:37:14		2.7 ใบรายงานผล Lab	Local
73	✓	BMS-LAB	XE-FORM-LAB-REPORT-1-A4	26/5/2569 18:07:56		0.4 ใบรายงานผล Lab	Local
74	✓	BMS-LAB	XE-FORM-LAB-REPORT-1-ALL	26/5/2569 9:20:21		0.2 ใบรายงานผล LAB	Local
75	✓	BMS-LAB	XE-FORM-LAB-REPORT-1-ANC	26/5/2569 18:08:13		0.5 ใบรายงานผล Lab	Local
76	✓	BMS-LAB	XE-FORM-LAB-REPORT-1COPY	25/5/2569 17:24:22		0.1 ใบรายงานผล Lab	Local
77	✓	BMS-LAB	XE-FORM-LAB-REPORT-2	25/5/2569 17:25:02		0.4 ใบรายงานผล Lab	Local
78	✓	BMS-LAB	XE-FORM-LAB-REPORT-3	25/5/2569 17:25:54		0.4 ใบรายงานผล Lab	Local
79	✓	BMS-LAB	XE-FORM-LAB-REPORT-IMG-1	18/6/2569 14:16:45		2.1 ใบรายงานผล LAB รูปภาพ	Local
80	✓	BMS-LAB	XE-FORM-LAB-STICKER-IPD	29/3/2569 15:42:06		0.2 สติกเกอร์ Barcode	Local
81	✓	BMS-LAB	XE-FORM-LAB-STICKER-OPD	29/3/2569 15:41:21		0.2 สติกเกอร์ Barcode	Local
82	✓	BMS-LAB	XE-FORM-ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการพิเศษ	21/4/2569 16:48:11		0.3 ใบขอตรวจทางห้องปฏิบัติการพิเศษ	Local
83	✓	BMS-LAB	XE-LAB-BARCODE-1	25/5/2569 14:12:23		0.5 สติกเกอร์ Barcode	Local
84	✓	BMS-LR	XE-FORM-หนังสือรับรองการเกิด	2/4/2569 8:56:15		3.8 หนังสือรับรองการเกิด(พิมพ์หน้าทะเล	Local
85	✓	BMS-LR	XE-FORM-หนังสือรับรองการเกิด-AN	2/4/2569 8:58:03		0.4 หนังสือรับรองการเกิด (AN)	Local
86	✓	BMS-LR	XE-FORM-แบบฟอร์มการคลอด	26/4/2569 16:14:14		2.1 แบบฟอร์มการคลอด	Local
87	✓	BMS-NUTRITION	XE-FORM-NUTRITION-IPT-CONFIRM-ORDER	19/5/2569 9:10:11		2.1 ใบเบิกอาหาร [A4]-ของผู้ป่วยใน	Local
88	✗	BMS-NUTRITION	XE-FORM-NUTRITION-IPT-CONFIRM-ORDER-IPD-เฉพาะรายชื่อกันไขที่สั่ง	1/5/2569 10:19:25		0.4 ใบเบิกอาหาร	Local
89	✓	BMS-NUTRITION	XE-FORM-NUTRITION-STICKER-สติกเกอร์ติดอาคารอาหาร	1/5/2569 13:48:25		0.4 XE-FORM-SKH	Local
90	✓	BMS-Nurse	XE-FORM-APPOINTMENT	8/7/2569 13:51:07		6.3 ใบนัดหมาย	Local
91	✓	BMS-Nurse	XE-FORM-APPOINTMENT (หลายวัน)	8/7/2569 14:45:19		1.9 ใบนัดหมายหลายวัน	Local
92	✓	BMS-Nurse	XE-FORM-APPOINTMENT-LIST	28/5/2569 10:51:07		0.6 ใบสรุปนัด	Local

Task

Print Report Design Report Copy Report



ADMISSION NOTE

โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร (PHIBOONMANGSAHARN HOSPITAL) (10956) จังหวัดอุบลราชธานี

HISTORY	
CHIEF COMPLAINT ปวดท้อง ก่อนมา 4.30 ชม.	เป็นมา.....
PRESENT ILLNESS 4.30 ชม. ก่อนมามีคลื่นไส้ ไม่อาเจียน ไม่ถ่ายเหลว ปวดท้อง	
หมายเหตุ ควรมี 3 ใน 5 ข้อ what, where, when, why, who, how, how many เคยได้รับการรักษาจากที่ไหนหรือไม่ อย่างไร ☒ ไม่ได้ ☐ ไม่ทราบที่อื่นมาก่อน Past illness ที่เกี่ยวข้องกับการที่มา , ปฏิเสธโรคประจำตัวและญาติ	
Past History :	โรคประจำตัว ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ
การแพ้ยา	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) ไม่ทราบ
การผ่าตัด	☒ ไม่มี ☐ เคยผ่าตัด (ระบุ) ☐ ไม่ผ่าตัด
สูบบุหรี่	☐ ไม่สูบ ☒ สูบ วันละ.....มวน / สัปดาห์.....ที
การดื่มสุรา	☐ ไม่ดื่ม ☒ ดื่มประจำ ☐ ไม่ดื่มโอกาสทานบ้าง
โรคประจำตัวหรือโรคที่มารักษาในขณะนี้	☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) G P A L GA Wk
Review of System Constitutional	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
Eyes	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
ENT/Allopathy	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
Cardiovascular	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

Cardiovascular	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
Respiratory	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
Gastrointestinal	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
Hemato/Lymphatic	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
Musculoskeletal	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)
แนวตั้งหน้าของข้อมูล ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ปกครอง ☐ ญาติ ☐ ไม่พอใจ ☐ ชื่นชอบ (ระบุ)	
PHYSICAL EXAM	
Vital Signs	BT 36.3 C B.P 126 / 75 mmHg RR 28 /m PR 86 /m BW. 40 Kg. HTL 145 cm BMI 19.02
General appearance	☐ Healthy ☐ Active ☐ Drowsy ☐ Restless ☐ Thin ☐ Obese ☐ Other
GA	☐ WNL ☐ Abnormal
HEENT	☐ WNL ☐ Abnormal
Chest	☐ WNL ☐ Abnormal
Abdomen	☐ WNL ☐ Abnormal
PV	☐ WNL ☐ Abnormal
Genitalia	☐ WNL ☐ Abnormal
Neurological	☐ WNL ☐ Abnormal
Extremities	☐ WNL ☐ Abnormal
LAB Finding ที่มีการตรวจค่าที่ส่ง	
PV	Cx/dilate cm Efface % Station Presentation MI MR FHR bpm
Provisional Diagnosis	
Plan of Treatment () Observe clinical () IVATB () Surgery () PRC/FFP Doctor signature	
() Other ()	
NAME	BED 003
Department (002) EMERGENCY RO Ward ฝึก - 108778000 Attending Physician นพ.กวีต ชุนทรจิราภ (ร76955)	
แบบฟอร์มนี้ใช้เพื่อแจ้งข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 27 มิถุนายน 2556	



* HN : 000377337 *



กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

IPD Laboratory Request

โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

Name :

เพศ : ชาย

Request No :

HN :

VN :

หน่วยงานที่ส่งตรวจ : (006) เวชปฏิบัติทั่วไป

RequestDate/Time : 1 มี.ค. 69 09:17

Form Name : old_lab

โรงพยาบาล : โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

ผู้ส่ง :

อายุ : 2 ปี 10 เดือน

หมู่เลือด : ไม่ทราบ



* 5208518 *

No.	รหัส	รายการตรวจวิเคราะห์	ลักษณะเก็บส่งตรวจ	จำนวนเงิน
1.	863	RSV Ag rapid test		



โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร
ใบจ่ายยาและเวชภัณฑ์กลับบ้าน

วันที่มารับบริการ : 12 ก.ค. 69

ชื่อผู้ป่วย : [REDACTED]

HN : [REDACTED]

เพศ : หญิง

BW : 2.500 kg

สิทธิการรักษา : [REDACTED]

วันเกิด : 12 ก.ค. 2569

อายุ : แรกเกิด

วินิจฉัยหลัก : [Z380] Singleton, born in hospital

**Drug Allergy :

ลำดับ	รายการ	วิธีใช้	Qty.	ราคา
1	RUBBING ALCOHOL 70% 60 ML 70 mL/100 mL ขวด (1143668)	เช็ดสะดือเด็ก	1	12.00
รวมค่าใช้จ่าย				12.00

แพทย์ผู้สั่ง : [REDACTED]



Department of Radiology
Phiboon Mangsahan Hospital
Ubonratchathani

วันนัดตรวจพิเศษ (เฉพาะเจ้าหน้าที่งานรังสีวิทยาเท่านั้น) วันที่ 14/05/2568 เวลา 08:00-15:00 น.	NOTE f/1
--	-------------

HN : [REDACTED] Name : [REDACTED] Age : 66 Year ☐ Male ☒ Female
Ward/Department : (014) สูติรีเวช Imaging Request For : ☐ X-ray ☐ CT ☐ U/S ☐ BMD
Examination required : _____

Clinical Diagnosis : N811 Cystocele

Clinical Information and Laboratory finding : _____

Doctor's phone number : _____

Signature : _____ Date : _____

โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร
หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า

ในฐานะ ☐ ผู้ป่วย ☒ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองของผู้ป่วย

ชื่อ

มีความเกี่ยวข้องเป็น

ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผย ข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือ ผู้ถือกรรมสิทธิ์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย กรณีที่เกี่ยวข้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้า รับการรักษา นี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่าดูแลค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาล โดยตนเอง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสินคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิใช่ฉบับบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน
--

ลงชื่อ

()



โรงพยาบาลปิยะมั่งงาหาร
20/6 ถนนเทศบาล 2 ต.ปิยะ
อ.ปิยะมั่งงาหาร จ.อุบลราชธานี
34110

ใบแสดงความเห็นแพทย์

วันที่ 11 พฤษภาคม 2569

ข้าพเจ้า _____
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____ ประจำโรงพยาบาลปิยะมั่งงาหาร
ได้ทำการตรวจร่างกายของ _____ HN _____
หมายเลขประจำตัวบัตรประชาชน _____
เมื่อวันที่ _____

วินิจฉัยว่าเป็น _____ การตรวจทั่วไปและการชันสูตร ในบุคคลที่ไม่มีอาการผิดปกติ หรือการวินิจฉัยโรคที่บันทึกไว้
General medical examination [CHECK UP (การตรวจร่างกายทั่วไป)]

สรุปความเห็นแพทย์และข้อเสนอแนะของแพทย์ _____ สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ตรวจ
(_____)

ใบประกอบวิชาชีพเลขที่ _____

ข้าพเจ้าได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์จริง

ลงชื่อ _____ ผู้รับการตรวจ
(_____)

กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ลงนามแทน

ลงชื่อ _____ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล
(_____)

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

เลขที่ใบส่งตัว..... 2309/69 วันที่..... 2 เดือน..... พฤษภาคม..... พ.ศ..... 2569
 จาก..... โรงพยาบาลหิบลมสังหาร..... โทรศัพท์..... HN..... 000211807
 ถึง..... โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
 พร้อมหนังสือนี้ ขอส่งผู้ป่วยชื่อ..... เพศ..... ชาย..... อายุ..... 51 ปี 10 เดือน.....
 อยู่บ้านเลขที่..... 76 หมู่ 12 ต.หนองบัวสี อ.หิบลมสังหาร จ.อุบลราชธานี โทร : 0973390260
 สถานที่ใกล้เคียง คือ..... มาเพื่อโปรดทราบ
☐ รับไว้รักษาต่อ ☒ ตรวจชันสูตร ☐ คุมไว้สังเกต ☐ ขอทราบผล

1. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว

2. ประวัติการป่วยปัจจุบัน

CC : ปวดท้องถ่ายเหลวมีไข้

HPI :

PE :

3. ผลการตรวจชันสูตรทางห้องทดลองที่สำคัญ

2 พฤษภาคม 2569

SODIUM (NA) : แนนล PDF	SO ₂ : 72.1	pH : 7.315
PO ₂ : 41.1	PCO ₂ : 39.7	HCO ₃ : 20.4
,TCO ₂ : 21.6	Na (Vein) : 140	K (BGA) : 3.6
ICA : 1.14	HCT (BGV) : 38	HB : 12.5
Glucose : 112.0	Lactate : 12.00	Glucose : 97.0
HB : 9.5	HCT (BGV) : 28	ICA : 1.12
K (BGA) : 3.6	Na (Vein) : 141	Lactate : 11.00
HCO ₃ : 17.4	SO ₂ : 77.4	PCO ₂ : 45.8
pH : 7.184	PO ₂ : 52.1	,TCO ₂ : 18.8
Count : แนนล PDF	Total protein : แนนล PDF	,TCO ₂ : 27.1
HCO ₃ : 25.7	SO ₂ : 82.8	PCO ₂ : 44.9
pH : 7.362	PO ₂ : 49.4	Na (Vein) : 143
K (BGA) : 3.7	ICA : 1.06	HCT (BGV) : 26
HB : 8.7	Glucose : 87.0	Lactate : 11.80

4. การวินิจฉัยขั้นต้น

การวินิจฉัยหลัก

5. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว

ET Tube (ไม่รวมท่อ) #1

Infusion Antibiotic #1

Infusion Fluid การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมอุปกรณ์(ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน)/ครั้ง #1

Injection IV #4

Puncture ค่าเจาะเลือด #1

Retained cath การสวนปัสสาวะสาย #1



หนังสือรับรองการตาย

รหัสสถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรอง

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

ที่

วันที่ 14 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2026

1 ผู้ ตาย	1.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล		1.2 เลขประจำตัวประชาชน	1.3 เพศ
				ชาย
	1.4 อายุ ปี	1.5 สัญชาติ	1.6 อาชีพ	1.8 สถานภาพสมรส
				คู่
				1.9 ศาสนา
2 รายการ ตาย	2.1 ตาย วันที่ 21 / พฤษภาคม / 2563 เวลา น.		2.2 ผู้รักษาก่อนตาย	
	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER))			ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่ง เสียชีวิต
	a) (due to)			
	b) (due to)			
	c) (due to)			
	d) (due to)			
	2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน			
	2.5 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในภณบัตร (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้น โดยเขียนเป็นภาษาไทย)			
	2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี ☐ ไม่ตั้งครรภ์ ☐ กำลังตั้งครรภ์ ____ สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต ☐ พังส้นสุดท้ายตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ ☐ ไม่ทราบ			
3 สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่			3.2 ที่อยู่สถานที่ตายนาน
	ที่อยู่			ปี เดือน วัน
4 มารดา บิดาของ ผู้ตาย	4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุลมารดา		4.2 สัญชาติ	4.3 เลขประจำประชาชน
	นางบุญ			
	4.4 ชื่อตัว - ชื่อสกุลบิดา		4.5 สัญชาติ	4.6 เลขประจำประชาชน
	นายสาร			
5 ผู้รับรอง การตาย	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล			
	เลขประจำประชาชน			
	5.2 เป็น ☐ แพทย์แผนปัจจุบัน ☐ ทนาย ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ			
หมายเหตุ : สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎหมายฉบับนี้ ขอรับรองว่ารายงานข้างต้นถูกต้อง จำแนกโรคระหว่างประเทศเพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตาย ของประเทศ และใช้ในด้านกรวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขเท่านั้น ลงชื่อ จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้ ()				



MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
THAILAND



PHIBOONMANGSAHARN HOSPITAL (10956)
(IN-PATIENT SUMMARY)



ชื่อ นามสกุล [REDACTED] เลขที่บัตรประชาชน [REDACTED] วัน เดือน ปี เกิด 11 พ.ค. 2569
HN [REDACTED] อายุ แรกเกิด [REDACTED] เพศ ชาย

ที่อยู่ [REDACTED] เบอร์โทร 0811736127

สถานภาพ โสด อาชีพ (-) สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สิทธิ์ บัตร Claim Code

วันที่รับ 11 พฤษภาคม 2569 เวลา 15:07:38 วันที่จำหน่าย 14 พฤษภาคม 2569 เวลา 11:00:00 วันนอน รพ. 3 วัน

ชื่อ นามสกุล ผู้ติดต่อ [REDACTED] เกี่ยวข้องเป็น [REDACTED] เบอร์ [REDACTED] วันลากลับบ้าน [REDACTED] วัน

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ หมู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

อายุขณะนอน รพ. เฉพาะทารก	GRAVIDITY	PARITY	ABORTION	LIVING CHILD	CONDITION OF CHILD AT BIRTH	BIRTH WEIGHT	WEIGHT
เดือน	3	2			☐ LIVEBORN ☐ CLINICALY MATURE ☐ STILLBIRTH ☐ CLINICALY PREMATURE	3,675	
วัน						กรัม	กก./กรัม

เด็กป่วย ☐ ประสาทผู้ป่วย ☐ อายุรกรรม ☐ สูติ-นรีเวช ☐ หู คอ จมูก ☐ ศัลยกรรมกระดูก ☐ ทันตกรรม
เด็กอุติณรีเวชกรรม ☐ ศัลยกรรม ☐ กุมารเวชกรรม ☐ ตา ☐ จิตเวช ☐ อื่นๆ

DRG _____

AdjRW _____

[1] PRINCIPAL DIAGNOSIS (สรุปได้ 1 โรคเท่านั้น)

[2] COMORBIDITY

[3] COMPLICATION

[4] OTHER DIAGNOSIS

[5] EXTERNAL PROCEDURE (เขียนเป็นภาษาไทยได้)

OPERATIVE PROCEDURE

DATE Time in Time out ICD 9

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

NON OPERATIVE PROCEDURE

ICD 9

☐ PHOTOTHERAPY ☐ HD ☐ LP ☐ EKG ☐ PV ☐ CXR

Ventilator ☐ <96 hrr. ☐ >96 hrr. ☐ CAPD ☐ UVC ☐ CPR ☐ D&C ☐ U/S

☐ Thoracocentesis ☐ Central venous cath ☐ Defrillation ☐ Implant

☐ ETT-tube ☐ Paracentesis ☐ ICD ☐ Echocardiogram ☐ Blood transfusion

☐ HHFNC/CPAP ☐ NG feeding ☐ NG lavage ☐ I&D ☐ CT

☐ Other _____ ☐ Episiotomy _____

DISCHARGE STATUS

DISCHARGE TYPE

ผู้ให้รหัส

1 ☐ COMPLETE RECOVERY 6 ☐ NORMAL CHILD D/C EHTE MOTHER 4 ☐ WITE APPROVAL 5 ☐ OTHER (SPECIFY)

2 ☐ IMPROVER 7 ☐ NORMAL CHILD D/C SEPARATERY 2 ☐ AGAINST ADVICE 6 ☐ DEAD AUTOPSY

3 ☐ NOT IMPROVER 8 ☐ STILL BIRTH 3 ☐ ESCAPE 7 ☐ DEAD NO AUTOPSY

4 ☐ NORMAL DELIVERY 9 ☐ DEAD 4 ☐ BY TRANSFER TO (ชื่อสถานที่ส่งต่อ)

5 ☐ UNDELIVERE

ATTENDING PHYSICIAN [REDACTED] APPROVED BY [REDACTED]

ปรับปรุงเมื่อวันที่ 17 มี.ค.2568 MAKE BY IM PHIBOON HOSPITAL



หนังสือรับรองการเกิด
สถานที่ออกหนังสือรับรอง ก. ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลพินุลมังสาหาร
เลขที่ 20/6 ถ.เทศบาล 2 ต.พินุล อ.พินุลมังสาหาร จ.อุบลราชธานี

ที่ / 2569

วันที่ 14 กรกฎาคม 2569

1 เด็กที่ เกิด	1.1 ชื่อตัว-ชื่อสกุล : [REDACTED] เลขประจำตัวประชาชน [REDACTED]		1.2 เพศ หญิง	1.3 สัญชาติ ไทย				
	1.4 เกิดเมื่อวันที่ [REDACTED] ณ สถานพยาบาล โรงพยาบาลพินุลมังสาหาร		เวลา 00:00 น.	ตรงกับวัน เสาร์ ☒ ขึ้น ☐ แรม 10 ค่ำ	เดือน 5	ปี มะเมีย		
	1.5 ชื่อสถานที่ที่เกิด โรงพยาบาลพินุลมังสาหาร		บ้านเลขที่ [REDACTED]					
2 สถานภาพ ของครอบครัว	บิดา	2.1 ชื่อตัว-ชื่อสกุล [REDACTED] เลขประจำตัวประชาชน ----		มารดา	2.2 ชื่อตัว-ชื่อสกุล [REDACTED] เลขประจำตัวประชาชน ----			
	บุตร	2.3 เป็นบุตรลำดับที่ 0		2.4 จำนวนบุตรทั้งหมดที่มี คน ยังมีชีวิตอยู่ คน คลอดแล้วตาย คน ตายในครรภ์ คน				
3 ผู้ทำคลอด	3.1 เป็น	หมอตำแย ☐	ผดุงครรภ์ ☐	ผู้ช่วยพยาบาล ☐	พนักงานอนามัย ☐	พยาบาล ☐	แพทย์แผนปัจจุบัน ☐	อื่นๆ
	3.2 ชื่อตัว-สกุล			3.3 บ้านเลขที่ โรงพยาบาลพินุลมังสาหาร เลขที่ 20/6 ถ.เทศบาล 2 ต.พินุล อ.พินุลมังสาหาร จ.อุบลราชธานี				
4 เด็กที่ เกิด	4.1 เกิดเดี่ยว ☐	4.2 เกิดแฝด ☐ คู่ ☐ สาม ☐ สี่ ☐ มากกว่าสี่		4.3 เกิดแฝดลำดับที่ ☐ หนึ่ง ☐ สอง ☐ สาม ☐ สี่				
	4.4 อยู่ในครรภ์นาน สัปดาห์			4.5 น้ำหนักเด็ก (กรัม) กรัม				
	4.6 บาดเจ็บเนื่องจากการคลอด ☒ ไม่มี ☐ มี ก็อ			4.7 ร่างกายวิปริตมาแต่กำเนิด ☒ ไม่มี ☐ มี ก็อ				