

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ชื่อ(หน่วยบริการ).....โรงพยาบาลมวกเหล็ก..... ชื่อ(เทศบาล).....เทศบาลตำบลมวกเหล็ก.....อำเภอ..มวกเหล็ก..จังหวัด..สระบุรี.....

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข

ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	เลขที่บัตรประชาชน
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง	๑.	นางกวี นุสิลา	๓๑๙๑๑๐๐๕๙๐๕๘๑
	๒.	นายวิสิทธิ์ ดิบแดง	๓๑๙๑๑๐๐๑๗๗๗๓๐
	๓.	นายสุนทร เหลี่ยมศรีพงศ์	๓๑๙๑๑๐๐๑๔๒๔๓๐
	รวมจำนวน.....๓.....คน		
กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	๑.	นางมน โพร้ทอง	๓๑๙๑๑๐๐๕๗๐๓๙๓
	๒.	นางน้อม ร่มโพธิ์ชี	๓๓๐๒๒๐๐๘๕๖๔๐๗
	๓.	นางสมจิต โอสถประสาท	๕๓๐๑๑๘๐๐๐๔๕๙๐๓
	๔.	นางอุดม มณีบุษย์	๕๑๙๑๑๐๐๐๑๘๐๒๖
	๕.	นางสังเวียน สมิงแก้ว	๓๑๙๑๑๐๐๖๓๕๕๐๙
	๖.	นางมาลี พิมโคตร	๓๓๓๐๒๐๐๒๕๐๙๓๒
	๗.	นายจรูญ ดิบแดง	๓๑๙๑๑๐๐๑๗๗๗๗๒
	๘.	นางสาวมาลี นิมประเสริฐ	๓๑๙๑๑๐๐๒๔๖๖๑๐
	๙.	นางบุญลือ ทับคง	๓๖๖๐๕๐๐๖๓๕๑๕
	๑๐.	นางรัตนา เหลี่ยมศรีพงศ์	๓๑๙๑๑๐๐๐๒๘๓๖๐
	๑๑.	นางตุ้ บัวตา	๓๑๙๑๑๐๐๕๖๙๐๑๘
	๑๒.	นางหยง ชาตวิวัฒนาการ	๓๑๙๑๑๐๐๑๖๗๒๐๓
	๑๓.	นางเสาวนีย์ ใจคำมา	๕๓๐๙๙๐๐๐๘๑๘๗๙
รวมจำนวน.....๑๓.....คน			
กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	๑.	นางสังเวียน วงษ์โพธิ์	๓๑๙๑๑๐๐๒๙๖๓๗๒
	๒.	นางเพียน บุญเกิด	๓๑๙๑๑๐๐๑๗๒๓๕๕
	๓.	นางสมบัติ ศักดิ์ตระกูล	๓๖๖๐๑๐๐๖๕๑๓๓๙
	๔.	นางอินทร์ สุราษฎร์	๓๑๙๑๑๐๐๑๕๐๒๒๐

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ชื่อ(หน่วยบริการ).....โรงพยาบาลมวกเหล็ก..... ชื่อ(เทศบาล).....เทศบาลตำบลมวกเหล็ก.....อำเภอ..มวกเหล็ก..จังหวัด..สระบุรี.....

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	เลขที่บัตรประชาชน
กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือ การขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	๕.	นายสังเวียน ปรีชาญาณ	๓๓๐๐๕๐๐๖๓๐๔๔๘
	๖.	นายธงชัย มหาเกตุ	๓๓๑๑๑๐๐๑๖๗๒๐๓
	รวมจำนวน.....๖.....คน		
กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือ อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต	๑.	นางเสงี่ยม คลุมกลางตอน	๓๓๑๑๑๐๐๐๘๑๑๕๘
	๒.	นายสมร รุ่งเรือง	๓๓๑๑๑๐๐๖๑๑๘๗๖
	รวมจำนวน.....๒.....คน		
รวมทั้งสิ้นจำนวน.....๒๔.....คน			

หมายเหตุ รายงานตามแบบฟอร์มนี้ให้จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้กรมอนามัย และสปสช. เพื่อ สปสช.จะได้จัดสรรงบประมาณให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต่อไป