

แบบฟอร์มการส่งผู้สูงอายุเพื่อเข้ารับบริการคัดเลือก
การประกวดผู้สูงอายุ 80 ปี 90 ปี สุขภาพพินดี จังหวัดสระแก้วประจำปี 2560

1. ชื่อ - สกุลผู้สูงอายุ
- เพศ ชาย หญิง อายุ ปี วัน / เดือน / ปี เกิด
2. ที่อยู่ บ้านเลขที่ หมู่ ถนน ตำบล
- อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
3. ส่งในนามชมรมผู้สูงอายุ
- เลขที่ หมู่ ถนน ตำบล
- อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

ผู้ส่งเข้าประกวด

แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
การประกวดผู้สูงอายุ 80 ปี 90 ปี สุขภาพฟันดี จังหวัดสระแก้วประจำปี 2560

ชื่อ - สกุลผู้สูงอายุ วัน/เดือน/ปี เกิด

อายุ ปี ที่อยู่

ส่งในนามชมรมผู้สูงอายุ จังหวัด

การตรวจ	เงื่อนไข	ผลการตรวจ	หมายเหตุ
1. สุขภาพร่างกาย			
1.1 น้ำหนัก	กิโลกรัม	.....	-
1.2 ส่วนสูง	เมตร	.....	-
1.3 BMI	$\frac{(kg.)}{(m.)^2}$	.....	-
1.4 รอบเอว	เซนติเมตร	.....	-
1.5 ความดันโลหิต	mm.Hg.	SP = DP =	SP = systolic pressure DP = diastolic pressure
1.6 โรคประจำตัว			
1. ....		.....	ให้ระบุสถานะของโรค ว่าเป็น A หรือ B (จากช่องเงื่อนไข)
2.	A = ควบคุมได้	.....
3.	B = ควบคุมไม่ได้	.....
4. ....		.....
1.7 การช่วยเหลือตนเอง			
ครอบครั้ว และสังคม			ให้ระบุจำนวนข้อที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ
- ช่วยเลี้ยงลูกหลานในครอบครั้ว	-	.....
- เป็นอาสาสมัครช่วยเหลือสังคม		.....
ในกิจกรรมต่าง ๆ			
1.8 การออกกำลังกายใน 1 สัปดาห์	เป็นการออกกำลังกายครั้งละอย่างน้อย 30 นาที หรือออกกำลังกาย สะสม 30 นาที/วัน	.....	ให้ระบุความถี่ของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์

<p>1.9 ประวัติการเจ็บป่วย ต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความดันโลหิตสูง - ไชมันในเลือดสูง - เบาหวาน	-	.....	<p>ระบุจำนวนโรคที่ผู้สูงอายุเคยเป็นตลอดชีวิต (ทั้งที่ไม่ได้รับการรักษา หรืออยู่ในระหว่างการรักษาหรือรักษาหายขาดแล้ว)</p>
<p>2. สุขภาพจิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - เซ็ง/เศร้า/เสียใจ/หงุดหงิด โดยไม่เหตุผล - เบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ ที่เคยชอบ เคยทำ ความต้องการทางเพศ เปลี่ยน (ลดหรือเพิ่ม) - เบื่ออาหารหรือรับประทานมากขึ้น น้ำหนักลดหรือเพิ่ม - นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป - รู้สึกอ่อนเพลีย ล้า ไม่มีแรงโดยไม่มีสาเหตุ - หมดหวัง มองตัวเองไม่มีค่า ต่ำหนิตนเอง - สมาธิไม่ดี ซ้ำลืม / ไม่มั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจ - กระวนกระวายใจ นั่งไม่ติด ทูรนทูราย โดยไม่มีสาเหตุ - เบื่อชีวิต คิดอยากตาย / พยายามฆ่าตัวตาย	-	.....	<p>ระบุจำนวนสภาวะที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน</p>

การตรวจ	เงื่อนไข	ผลการตรวจ	หมายเหตุ
3. สุขภาพช่องปาก			
3.1 จำนวนฟันแท้	เป็นฟันแท้ที่อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้	.....	ระบุจำนวนซี่ที่นับได้
3.2 จำนวนคู่สบฟัน	1. เป็นคู่สบฟันแท้ 2. ต้องอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้	.....	ระบุจำนวนคู่สบที่นับได้
3.3 ฟันสึกด้านบดเคี้ยว	อยู่ในสภาพที่ทำให้ฟันชิ้นนั้นเสียรูปร่าง	.....	ระบุจำนวนฟันสึกด้านบดเคี้ยวที่นับได้
3.4 คอฟันสึก	เป็นคอฟันสึกที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียวคอฟัน	.....	ระบุจำนวนคอฟันสึกที่มีสภาพดังกล่าวที่นับได้
3.5 ฟันโยก	เป็นฟันโยกระดับที่ 2 หรือ 3	.....	ระบุจำนวนฟันโยกตามเงื่อนไขดังกล่าวที่นับได้
3.6 หินปูน	เป็นสภาพหินปูนโดยทั่วไปทั้งปาก	.....	ระบุว่ามี “เล็กน้อย” “ปานกลาง” หรือ “มาก”
3.7 คราบฟัน	เป็นคราบฟันโดยทั่วไปทั้งปาก	.....	ระบุว่ามี “เล็กน้อย” “ปานกลาง” หรือ “มาก”
3.8 ฟันผุ	ฟันผุทุกชนิดที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า	.....	ระบุจำนวนฟันผุที่นับได้
3.9 ช่องว่างระหว่างฟัน	เป็นช่องว่างที่เกิดจากการถอนฟัน (แม้จะใส่ฟันเทียมแล้วก็ตาม)	.....	ระบุจำนวนช่องว่างที่นับได้

การตรวจ	เงื่อนไข	ผลการตรวจ	หมายเหตุ
3.10 ฟันเทียม	เฉพาะฟันเทียมที่ทำ โดยทันตแพทย์ ไม่นับ ฟันเทียมที่ทำโดยหมอชาวบ้าน หรือหมอเถื่อน	<input type="checkbox"/> มี และครบ <input type="checkbox"/> มี แต่ไม่ครบ ไม่มี	ใส่เครื่องหมาย / ใน <input type="checkbox"/> ที่ตรงกับความจริง คำว่า “ครบ” หมายถึง มีฟันเทียม นั้นสามารถทดแทนฟัน ธรรมชาติที่หายไปครบทุกซี่ (ยกเว้นฟันกรามซี่ที่สามทั้ง 4 ด้าน)

Dentition Status

#18 #17 #16 #15 #14 #13 #12 #11 #21 #22 #23 #24 #25 #26 #27

#28

#48 #47 #46 #45 #44 #43 #42 #41 #31 #32 #33 #34 #35 #36 #37

#38

หมายเหตุ

- O = Sound tooth (ฟันปกติ)
- F = Filling (อุดฟันและครอบฟัน ซึ่งไม่มี secondary caries)
- X = Extracted (ถอน)
- D = Dental substitution (ใส่ฟันเทียม)

ข้อมูลเพิ่มเติมอื่น ๆ

.....
.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

หน่วยงาน

ผู้ตรวจ