



แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบประกอบวิชาชีพ โปรดระบุรายละเอียดการรักษาทุกข้อ ไม่ควรเว้นว่างในคำถาม กรณีที่ไม่มีคำตอบให้เขียนว่า "NO" หรือ "-" แทนคำตอบหรือ Unknown ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลนั้นครบสมบูรณ์(หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ)

Patient's name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Years Sex  M  F  
 H.N. \_\_\_\_\_ A.N. \_\_\_\_\_ V.N. \_\_\_\_\_ X.N. \_\_\_\_\_  
 Date Admitted: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ AM./PM. Date Discharged: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ AM./PM.  
 Date Admitted: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ AM./PM. Date Discharged: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ AM./PM.  
 Date Admitted: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ AM./PM. Date Discharged: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ AM./PM.

1. Summary of present illness \_\_\_\_\_

2. Vital sign BP = \_\_\_\_\_ mmHg PR = \_\_\_\_\_ /min

Diagnosis 1 \_\_\_\_\_

3. กรณีตรวจพบภาพจากระบบประสาทและสมอง

Physical Examination (please tick / the box)

3.1 Level of Consciousness

Alert Conscious	Confused	Drowsy	Unconscious
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orientation  Time  Place  Personal

3.2 Muscle Power scale

Complete paralysis = 0    Flicker of contraction present = 1    Active movement with gravity eliminated = 2  
 Active movement against gravity = 3    Active movement against gravity and some resistance described as poor, fair, moderate strength = 4  
 Normal power = 5

Assessment

	Right					Left						
Grade	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Arms												
Leg												

3.3 Tendon Reflex of extremities

Grade	0	1+ or +	2+ or ++	3+ or +++	4+ or ++++
Description	Absent	Diminished	Normal	Hyperactive without clonus	Hyperactive with clonus

Assessment

	Right extremities					Left extremities						
Grade	0	1+	2+	3+	4+	5+	0	1+	2+	3+	4+	5+
Elbow												
Wrist												
Knee												
Ankle												