

**ข้อตกลงการจ้าง**  
**อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**  
**ตามโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**  
**ระหว่าง**  
**องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม**  
**นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น**

ข้อตกลงจ้างเลขที่.....๑...../๒๕๖๖

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ตั้งอยู่ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ ๒๕ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง โดย นางสาวลัดดา รัตน์รองใต้ รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางรักษาราชการแทนปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางปฏิบัติหน้าที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “ผู้ว่าจ้าง” ฝ่ายหนึ่งกับ กับ นางอรพรรณ ทองเงิน ผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ๓๔๔๐๓๐๐๓๐๓๔๘๔ ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ๓๘ หมู่ที่ ๘ ตำบลดอนกลาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “ผู้รับจ้าง” อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้ว่าจ้างตกลงจ้าง และผู้รับจ้างซึ่งรับรองตนเอง ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ใน ข้อตกลงรับจ้างบริการทำงานในตำแหน่ง อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ว่าจ้าง ตั้งแต่วันที่.....๑.....เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่.....๓๑.....เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้อ ๒ ผู้ว่าจ้างตกลงจ่ายค่าจ้างบริการดังกล่าวในข้อ ๑ ซึ่งรวมภาษีอากรใดๆ (ถ้ามี) ภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายที่ส่งไว้แล้ว เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕๕,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน) โดยแบ่งจ่ายให้แก่ผู้รับจ้างเป็นรายเดือน เดือนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) จำนวน ๑๑ เดือน โดยจะจ่ายภายใน ๕ วันทำการของเดือนถัดไป หรือเมื่อผู้รับจ้างได้ทำงานเสร็จเรียบร้อยแล้ว หรือคณะกรรมการตรวจการจ้าง หรือผู้แทนผู้ว่าจ้างได้ตรวจรับมอบงานจ้างเรียบร้อยแล้ว กรณีที่ผู้รับจ้างมีสิทธิรับค่าจ้างไม่เต็มเดือนให้จ่ายตาม ส่วนของจำนวนเงินที่มีสิทธิรับค่าจ้างในเดือนนั้น

การจ่ายเงินตามเงื่อนไขแห่งข้อตกลงนี้ ผู้ว่าจ้างจะโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับจ้างชื่อ นางอรพรรณ ทองเงิน ชื่อธนาคาร ธนาคาร ธกส. สาขาแพง เลขที่บัญชี ๐๒๐๐๖๔๑๒๐๔๓๒

ข้อ ๓ เงื่อนไขและรายละเอียดการจ้างรายบุคคลลักษณะงานอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น มีหน้าที่ช่วยองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจาก องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง ดังนี้

๑. ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อลดปัญหาด้านสาธารณสุขเศรษฐกิจ สังคม และการยกระดับคุณภาพชีวิต
๒. ปฏิบัติตามแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan
๓. ช่วยดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๔. ช่วยเหลือดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การขับถ่าย การไปพบแพทย์ การรับประทานยา เป็นต้น

๕. ให้บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic health care service) เป็นการดูแลสุขภาพภายใต้การกำกับของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ การพยาบาลพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น การประเมินสุขภาพเบื้องต้น เช่น การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และการประเมินกิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อนมากเกินไป การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การทำแผลเบื้องต้น การประเมินสัญญาณชีพ การดูแลเรื่องยาเบื้องต้น กิจกรรมกระตุ้นสมองในกลุ่มที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะแรก การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีอาการทางสมอง เป็นต้น

๖. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นกับครอบครัวและการประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ

๗. ประเมินปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเบื้องต้นและประสานงานในการส่งต่อได้อย่างถูกต้อง

๘. การบริการให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

๙. ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพและกายภาพบำบัดอื่นๆ ตามประเภทและกิจกรรมบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๑๐. ผู้รับจ้างจะต้องปฏิบัติหน้าที่ตามแผนดูแลรายบุคคล Care Plan วันละไม่น้อยกว่า ๘ ชั่วโมง เดือนละไม่น้อยกว่า ๒๐ วัน กรณีน้อยกว่า ๒๐ วันให้มีสิทธิได้รับเงินตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้น และกรณีไม่ครบ ๘ ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน

๑๑. ผู้รับจ้างหรือบุคคลที่ผู้ว่าจ้างมอบหมายจะต้องเป็นผู้มีสัมมาคารวะต่อผู้ว่าจ้าง

๑๒. ต้องไม่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ขณะทำงาน

๑๓. ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับงานในหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้ว่าจ้าง

ข้อ ๔ ผู้รับจ้างต้องทำงานบริการดังกล่าวในข้อ ๑ และข้อ ๓ หากมีความจำเป็นไม่สามารถทำงานบริการดังกล่าวด้วยตนเองได้ ผู้ว่าจ้างจะจัดให้ผู้ที่ทำงานบริการดังกล่าวแทนตามความเหมาะสมและเป็นค่าใช้จ่ายของผู้รับจ้างทั้งสิ้น โดยผู้รับจ้างจะต้องแจ้งและรายงานเป็นหนังสือให้ผู้ว่าจ้างหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ว่าจ้างหรือผู้แทนของผู้ว่าจ้างทราบก่อนทุกครั้งที่มีเหตุจำเป็นดังกล่าว

การกระทำใดๆ ของผู้ทำงานบริการแทนผู้รับจ้างดังกล่าว ให้เสมือนว่าเป็นการกระทำของผู้รับจ้างทุกประการ และผู้รับจ้างต้องรับผิดชอบด้วยตนเองในความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ทำงานบริการแทนด้วย

ข้อ ๕ ผู้รับจ้างต้องรับงานบริการจ้างจากผู้ว่าจ้าง ณ ที่ทำการในเวลาทำการของผู้ว่าจ้าง ในกรณีที่ต้องปฏิบัติงานเกินกว่าเวลาที่กำหนดจะต้องไม่คิดเพิ่มพิเศษ

ข้อ ๖ ในกรณีผู้รับจ้างไม่มาปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานบกพร่อง หรือมาปฏิบัติงานไม่ครบจำนวนตามที่กำหนดไว้ในข้อตกลงทั้งสองฝ่ายตกลงให้เป็นไปตามข้อกำหนดดังต่อไปนี้

๖.๑ ผู้รับจ้างไม่มาปฏิบัติงานตามข้อตกลงนี้ ผู้รับจ้างยอมให้ผู้ว่าจ้าง หักเงินค่าจ้างในวันนั้น และยินยอมให้ผู้ว่าจ้างปรับเป็นรายวันตามสัดส่วนจำนวนวันที่ไม่ได้ปฏิบัติงาน นับตั้งแต่วันที่ผู้รับจ้างไม่มาปฏิบัติงานหรือมาแต่ไม่ปฏิบัติงาน

๖.๒ ถ้าผู้รับจ้างปฏิบัติงานบกพร่อง โดยทำไว้ไม่เรียบร้อยก็ดี หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องตามข้อตกลงข้อหนึ่งข้อใดก็ดี เมื่อผู้ว่าจ้างแจ้งให้ผู้รับจ้างทราบแล้ว ผู้รับจ้างจะต้องรีบปฏิบัติงานหรือแก้ไขงานที่บกพร่องให้เรียบร้อยโดยเร็ว โดยไม่คิดค่าจ้างแรงงานหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดจากผู้ว่าจ้างอีก ถ้าผู้รับจ้างไม่ปฏิบัติ

หรือไม่รีบดำเนินการแก้ไขภายใน ๓ วัน ตามที่ผู้ว่าจ้างหรือผู้แทนของผู้ว่าจ้างแจ้งให้ทราบ ผู้ว่าจ้างมีสิทธิบอกเลิกข้อตกลงและเรียกค่าเสียหายจากผู้รับจ้างทั้งหมดโดยสิ้นเชิง

ในกรณีที่ผู้รับจ้างกระทำผิดสัญญาดังกล่าวข้างต้น และผู้ว่าจ้างยังไม่ใช้สิทธิบอกเลิกผู้รับจ้าง ยอมให้ผู้ว่าจ้างดำเนินการดังนี้

๑. ระงับการจ่ายค่าจ้างทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่ผู้ว่าจ้างเห็นสมควร

๒. ให้บุคคลอื่นทำงานแทนผู้รับจ้าง โดยผู้รับจ้างต้องรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายผู้ที่ว่าจ้างต้องเสียไปทั้งหมดโดยสิ้นเชิง

๓. เรียกค่าเสียหายใดๆ อันพึงมี

ผู้ว่าจ้างมีสิทธิหักเงินค่าจ้างที่ยังไม่ได้จ่ายแก่ผู้รับจ้างไว้ เพื่อชำระค่าปรับหรือค่าเสียหายที่ผู้รับจ้างต้องรับผิดชอบตามข้อตกลงนี้

ผู้รับจ้างจะต้องแจ้งรายชื่อ ที่อยู่ปัจจุบัน และภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชนให้ผู้ว่าจ้างทราบในวันทำข้อตกลงนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงก็ต้องแจ้งผู้ว่าจ้างทราบโดยด่วน

๖.๓ ถ้าผู้รับจ้างไม่มาปฏิบัติงาน หรือมาแต่ไม่ปฏิบัติงาน ๓ วันติดต่อกัน นอกจากผู้รับจ้างจะต้องรับผิดชอบตามข้อ ๖.๑ และ ๖.๒ แล้ว เมื่อผู้ว่าจ้างหรือผู้แทนของผู้ว่าจ้างได้แจ้งให้ผู้รับจ้างทราบแล้ว หากผู้รับจ้างยังไม่มาปฏิบัติงานหรือไม่ปฏิบัติงานให้ครบตามข้อตกลงภายใน ๗ วัน ผู้ว่าจ้างมีสิทธิบอกเลิกข้อตกลงได้ทันที

การที่ผู้ว่าจ้างไม่บอกเลิกข้อตกลงตามความในข้อ ๖.๓ นั้น ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างพ้นจากความรับผิดชอบตามข้อตกลงนี้

ข้อ ๗ ในการทำงานถ้าเกิดความเสียหายใดๆ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นแก่ทางราชการหรือบุคลากรในสังกัดของผู้ว่าจ้าง หรือบุคคลภายนอก ซึ่งก่อให้เกิดความชำรุดบกพร่องเสียหาย หรือการสูญหายแก่ทรัพย์สินของทางราชการ หรือของผู้ว่าจ้าง หรือของบุคลากรในสังกัดของผู้ว่าจ้าง หรือของบุคคลภายนอก อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการกระทำ หรือละเว้นการกระทำของผู้รับจ้าง ผู้รับจ้างต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ว่าจ้างหรือบุคลากรในสังกัดของผู้ว่าจ้าง หรือบุคคลภายนอก ตามจำนวนที่เสียหายจริง ภายใน ๓ วัน

ข้อ ๘ ผู้รับจ้างจะเอางานทั้งหมดหรือส่วนหนึ่งส่วนใดแห่งสัญญานี้ไปให้ผู้อื่นรับจ้างช่วงทำโดยไม่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างไม่ได้ ในกรณีที่ผู้รับจ้างอนุญาตดังกล่าว ผู้รับจ้างยังต้องรับผิดชอบงานที่ได้จ้างช่วงไปนั้นทุกประการ

ผู้รับจ้างจะโอนผลประโยชน์หรือสิทธิเรียกร้องทั้งหมดหรือส่วนหนึ่งส่วนใดตามสัญญานี้ไปให้แก่บุคคลอื่น โดยมีได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างก่อนมิได้

ข้อ ๙ ผู้ว่าจ้างมีสิทธิที่จะสั่งให้ผู้รับจ้างทำงานพิเศษ ซึ่งไม่ได้แสดงไว้ในหรือรวมอยู่ในเอกสารแสดงรายละเอียดแนบท้ายข้อตกลง หากงานพิเศษนั้นๆ อยู่ในขอบข่ายทั่วไปแห่งวัตถุประสงค์ของข้อตกลงนี้ นอกจากนี้ผู้ว่าจ้างยังมีสิทธิเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อกำหนดต่างๆ ในเอกสารข้อตกลงนี้ด้วย โดยไม่ทำให้ข้อตกลงเป็นโมฆะแต่อย่างใด

ข้อ ๑๐ ผู้ว่าจ้างสามารถแต่งตั้งเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ เพื่อควบคุม หรือติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานและประเมินสมรรถนะของผู้รับจ้างให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและอยู่ในเงื่อนไขของข้อตกลงจ้างนี้ โดยอาจจัดประชุมผู้รับจ้างทุกๆ ๓ เดือน เพื่อประเมินผลการทำงาน รับฟังปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแลกเปลี่ยนผลการปฏิบัติงาน หากไม่ผ่านการประเมินผลหรือเพิกเฉยไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของผู้ประเมิน ผู้ว่าจ้างมีสิทธิที่จะบอกเลิกข้อตกลงได้ก่อนครบกำหนด

ข้อ ๑๑ ในกรณีที่ผู้ว่าจ้างใช้สิทธิบอกเลิกข้อตกลง เพราะเหตุที่ผู้รับจ้างผิดข้อตกลงตามความในข้อตกลงข้อ ๖.๒ หรือข้อ ๖.๓ แห่งสัญญานี้ ผู้ว่าจ้างมีสิทธิที่จะจ้าง ผู้อื่นทำงานต่อไปได้ โดยผู้รับจ้างยินยอมให้

ผู้ว่าจ้างเรียกเอาค่าจ้างส่วนที่เพิ่มขึ้นเพราะการจ้างบุคคลอื่นทำการนี้ต่อไปจนงานแล้วเสร็จบริบูรณ์จากผู้รับจ้าง นอกจากนั้น ผู้รับจ้างยินยอมให้ผู้ว่าจ้างเรียกค่าเสียหายประการอื่นได้อันพึงมีจากการผิดข้อตกลงของผู้รับจ้างได้อีกด้วย

ข้อ ๑๒ การว่าจ้างตามข้อตกลงนี้ไม่ทำให้ผู้รับจ้างมีฐานะเป็นลูกจ้างของทางราชการ หรือมีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นลูกจ้างของผู้ว่าจ้างตามกฎหมายแรงงาน

ข้อ ๑๓ ผู้รับจ้างสามารถยื่นหนังสือแจ้งความประสงค์ลาออกต่อผู้ว่าจ้างล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน

ข้อ ๑๔ การวินิจฉัยผลงานที่ผู้รับจ้างทำนั้นเสร็จเรียบร้อย ถูกต้องตามข้อตกลงหรือตามความประสงค์ของผู้ว่าจ้างหรือไม่ อย่างไร เป็นเหตุสุดวิสัยหรือไม่ก็ได้ เหตุใดๆ อันเนื่องมาจากความผิดหรือความบกพร่องของฝ่ายผู้ว่าจ้าง หรือเหตุการณ์อันใดที่ผู้รับจ้างไม่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมายก็ดี ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการตีความข้อตกลงนี้หรือเกี่ยวกับเรื่องใดๆ ที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงนี้ หรือเกี่ยวพันกับข้อตกลงนี้ไม่ว่าปัญหานั้นจะเกิดขึ้นระหว่างดำเนินงาน หรือภายหลังจากที่ระยะเวลาการจ้างตามข้อตกลงนี้สิ้นสุดหรือภายหลังจากผู้รับจ้างทำงานก็ดี ผู้รับจ้างยอมให้ถือเอาคำวินิจฉัยของผู้ว่าจ้างเป็นเด็ดขาด และผู้รับจ้างยอมผูกพันตนตามผลแห่งคำวินิจฉัยทุกประการ

บันทึกข้อตกลงนี้ ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ผู้รับจ้างและผู้ว่าจ้างได้อ่านและเข้าใจข้อความทั้งหมด โดยละเอียดตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และยึดถือไว้ฝ่ายละฉบับ

ลงชื่อ .....องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

(นายวิบูลย์ ตรีอินทร์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

ลงชื่อ อรพรรณ ทองเงิน

(นางอรพรรณ ทองเงิน)

อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ลงชื่อ.....พยาน

(นางสาวเอมอร ตรีโอษฐ์)

นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

ลงชื่อ.....พยาน

(นางสาวลัดดาร่า รัตน์รองใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ที่ มค. ๘๓๗๐๖/๓๕ วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง รายงานผลการดำเนินการโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำเดือน สิงหาคม  
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง  
สิ่งที่ส่งมาด้วย สรุปรายการดำเนินการโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลางได้ดำเนินงานตามโครงการอาสาสมัครบริบาล  
ท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่งอาสาสมัครบริบาล จำนวน ๑ คน ลงพื้นที่ทั้ง ๑๑ หมู่บ้าน นั้น

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง จึงสรุปรายงานผลการ  
ดำเนินการโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น  
ประจำเดือน สิงหาคม ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมกันกับบันทึกนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ..... 

(นางสาวชญัญญา อินทลา)

ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข

ความคิดเห็นของผู้อำนวยการกองสาธารณสุข



ลงชื่อ..... 

(นางสาวลัดดา รัตนรงค์ใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลางรักษาการ  
ผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ความคิดเห็นของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล



ลงชื่อ..... 

(นางสาวลัดดา รัตนรงค์ใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง  
รักษาราชการแทนปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

ความคิดเห็นของนายกองค้การบริหารส่วนตำบล



ลงชื่อ..... 

(นายวิบูลย์ ตรีอินทร์)

นายกองค้การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นตำบลดอนกลาง  
ประจำเดือน สิงหาคม



การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นตำบลดอนกลาง  
ประจำเดือน สิงหาคม



แผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลคอนกลาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ที่	ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุที่อาสาบริบาลดูแล	กลุ่มที่	ที่อยู่	อสบ.ที่รับผิดชอบ	วันที่ลงปฏิบัติงาน
1	นางสงวน แสนพงศ์	1	59 ม.4	อรพรรณ	
	นางสวน มณีแฮด	1	13 ม.4	อรพรรณ	
	นางสมบุรณ์ บุตรยุทธ	1	202 ม.4	อรพรรณ	
	นางช้อน วงหอม	1	230 ม.4	อรพรรณ	
	นายสำรวย สິอินทร์มาตย์	1	67 ม.4	อรพรรณ	
	นายอุดม เสียมสาด	1	26 ม.10	อรพรรณ	
2	นายบรรจง เทียมเมฆ	1	226 ม.4	อรพรรณ	
	นางบุญศรี ยอดนิยม	1	22 ม.10	อรพรรณ	
	นางบุญมี ศรีคำบ่อ	1	66 ม.10	อรพรรณ	
	นางสวน มณีแฮด	1	13 ม.4	อรพรรณ	
	นายศักดิ์ดา ผาลา	1	80 ม.4	อรพรรณ	
	นายสำรวย สິอินทร์มาตย์	1	67 ม.4	อรพรรณ	
	นายเรียน แนนอุดร	1	117 ม.3	อรพรรณ	
3	นายมาวิล สืบนาคำ	1	65 ม.1	อรพรรณ	
	นายสิบุญ เลิศโรตงค์	1	18 ม.1	อรพรรณ	
	นางชา คำภูมิ	1	99 ม.6	อรพรรณ	
	นางอ่อนศรี พะเลียง	1	77 ม.8	อรพรรณ	
	นางอำพัน ศรีพัว	1	47 ม.1	อรพรรณ	
	นายเรียน แนนอุดร	1	117 ม.3	อรพรรณ	
	นายภิรมย์ คำสงฆ์	1	55 ม.1	อรพรรณ	
4	นางสาวอริสรา เสนานันท์	3	39 ม.2	อรพรรณ	
	นางบุญมี ศรีคำบ่อ	1	110 ม.6	อรพรรณ	
	นายชา คำภูมิ	1	99 ม.6	อรพรรณ	
	นายเรียน แนนอุดร	1	117 ม.3	อรพรรณ	
	นางอ่อนศรี พะเลียง	1	77 ม.8	อรพรรณ	
5	นางสงวน แสนพงศ์	1	59 ม.4	อรพรรณ	
	นางสวน มณีแฮด	1	13 ม.4	อรพรรณ	
	นางสมบุรณ์ บุตรยุทธ	1	202 ม.4	อรพรรณ	
	นางช้อน วงหอม	1	230 ม.4	อรพรรณ	
	นายอุดม เสียมศาสตร์	1	26 ม.10	อรพรรณ	
	นายสำรวย สິอินทร์มาตย์	1	67 ม.4	อรพรรณ	



ที่	ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุที่อาสาบริจาคดูแล	กลุ่มที่	ที่อยู่	อสบ.ที่ได้รับผิดชอบ	วันที่ลงปฏิบัติงาน
6	นายบรรจง เทียมเมฆ	1	226 ม.4	อรรถพรณ	
	นางบุญศรี ยอดนิยม	1	22 ม.10	อรรถพรณ	
	นางบุญมี ศรีคำบ่อ	1	66 ม.10	อรรถพรณ	
	นางสวน มณีแฮด	1	13 ม.4	อรรถพรณ	
	นายอุดม เสียมศาสตร์	1	26 ม.10	อรรถพรณ	
	นายศักดิ์ดา ผาลา	1	80 ม.4	อรรถพรณ	
	นายสำรวย สีอินทร์มาตย์	1	67 ม.4	อรรถพรณ	
7	นายเรียน แน่นอุดร	1	117 ม.3	อรรถพรณ	
	นายมาวิล สืบนาคำ	1	65 ม.1	อรรถพรณ	
	นายสีบุญ เลิศไธสงค์	1	18 ม.1	อรรถพรณ	
	นางชา คำภูมิ	1	99 ม.6	อรรถพรณ	
	นางช้อน วงหอม	1	230 ม.4	อรรถพรณ	
	นางอำพัน ศรีพั้ว	1	47 ม.1	อรรถพรณ	
	นายเรียน แน่นอุดร	1	117 ม.3	อรรถพรณ	
8	นายภิรมย์ คำสงฆ์	1	55 ม.1	อรรถพรณ	
	นางบุญศรี ยอดนิยม	3	39 ม.2	อรรถพรณ	
	น.ส.อริสรา เสนานันท์	1	39 ม.6	อรรถพรณ	
	นายชา คำภูมิ	1	99 ม.6	อรรถพรณ	
	นายเรียน แน่นอุดร	1	117 ม.3	อรรถพรณ	
	นางอ่อนศรี พะเสียง	1	77 ม.8	อรรถพรณ	
	นางสงวน แสนพงศ์	1	59 ม.4	อรรถพรณ	
9	นางสวน มณีแฮด	1	13 ม.4	อรรถพรณ	
	นางสมบุญรัตน์ บุตรยุทธ	1	202 ม.4	อรรถพรณ	
	นางช้อน วงหอม	1	230 ม.4	อรรถพรณ	
	นายอุดม เสียมศาสตร์	1	26 ม.10	อรรถพรณ	
	นายสำรวย สีอินทร์มาตย์	1	67 ม.4	อรรถพรณ	
	นางบุญมี ศรีคำบ่อ	1	66 ม.10	อรรถพรณ	
	นางสวน มณีแฮด	1	13 ม.4	อรรถพรณ	
10	นายบรรจง เทียมเมฆ	1	226 ม.4	อรรถพรณ	
	นางบุญศรี ยอดนิยม	1	22 ม.10	อรรถพรณ	
	นางบุญมี ศรีคำบ่อ	1	66 ม.10	อรรถพรณ	
	นางสวน มณีแฮด	1	13 ม.4	อรรถพรณ	
	นายอุดม เสียมศาสตร์	1	26 ม.10	อรรถพรณ	
	นายศักดิ์ดา ผาลา	1	80 ม.4	อรรถพรณ	
	นายสำรวย สีอินทร์มาตย์	1	67 ม.4	อรรถพรณ	
นายเรียน แน่นอุดร	1	117 ม.3	อรรถพรณ		

ที่	ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุที่อาสาบริจาคดูแล	กลุ่มที่	ที่อยู่	อสบ.ที่ได้รับผิดชอบ	วันที่ลงปฏิบัติงาน
11	นายมาวิล สืบนาคำ	1	65 ม.1	อรรถพรณ	
	นายสีบุญ เลิศโรตงค์	1	18 ม.1	อรรถพรณ	
	นางชา คำภูมิ	1	99 ม.6	อรรถพรณ	
	นางช้อน วงหอม	1	230 ม.4	อรรถพรณ	
	นางอำพัน ศรีพัว	1	47 ม.1	อรรถพรณ	
	นายเรียน แน่นอุดร	1	117 ม.3	อรรถพรณ	
	นายภิรมย์ เค้าสงฆ์	1	55 ม.1	อรรถพรณ	
12	นางสาวอริสรา เสนานันท์	3	39 ม.2	อรรถพรณ	
	นางบุญมี ศรีคำบ่อ	1	66 ม.10	อรรถพรณ	
	นายชา คำภูมิ	1	99 ม.6	อรรถพรณ	
	นายเรียน แน่นอุดร	1	117 ม.3	อรรถพรณ	
	นางอ่อนศรี พะเลียง	1	77 ม.8	อรรถพรณ	
13	นางสงวน แสนพงศ์	1	59 ม.4	อรรถพรณ	
	นางสวน มณีแฮด	1	13 ม.4	อรรถพรณ	
	นางสมบุญณ์ บุตรยุทธ	1	202 ม.4	อรรถพรณ	
	นางช้อน วงหอม	1	230 ม.4	อรรถพรณ	
	นายอุดม เสียมศาสตร์	1	26 ม.10	อรรถพรณ	
	นายสำรวย สีนรินทร์มาตย์	1	67 ม.4	อรรถพรณ	
	14	นายบรรจง เทียมเมฆ	1	226 ม.4	อรรถพรณ
นางสงวน แสนพงศ์		1	59 ม.4	อรรถพรณ	
นางบุญมี ศรีคำบ่อ		1	66 ม.10	อรรถพรณ	
นางสวน มณีแฮด		1	13 ม.4	อรรถพรณ	
นายอุดม เสียมศาสตร์		1	26 ม.10	อรรถพรณ	
นายศักดิ์ดา ฆาลา		1	80 ม.4	อรรถพรณ	
นายเรียน แน่นอุดร		1	117 ม.3	อรรถพรณ	
15	นายมาวิล สืบนาคำ	1	65 ม.1	อรรถพรณ	
	นายสีบุญ เลิศโรตงค์	1	18 ม.1	อรรถพรณ	
	นางชา คำภูมิ	1	99 ม.6	อรรถพรณ	
	นางละออง โคตรมงคล	1	51 ม.1	อรรถพรณ	
	นางอำพัน ศรีพัว	1	47 ม.1	อรรถพรณ	
	นายเรียน แน่นอุดร	1	117 ม.3	อรรถพรณ	
	นายภิรมย์ เค้าสงฆ์	1	55 ม.1	อรรถพรณ	

ที่	ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุที่อาสาบริหารจัดการดูแล	กลุ่มที่	ที่อยู่	อสบ.ที่รับผิดชอบ	วันที่ลงปฏิบัติงาน
16	นางสาวอริสรา เสนานันท์	3	39 ม.2	อรพรรณ	
	นายสีณุ เลิศโรวงค์	1	18 ม.1	อรพรรณ	
	นายชา คำภูมิ	1	99 ม.6	อรพรรณ	
	นายเรียน แนนอุดร	1	117 ม.3	อรพรรณ	
	นางอ่อนศรี พะเสียง	1	77 ม.8	อรพรรณ	
17	นางสมบุรณ์ บุตรยุทธ	1	202 ม.4	อรพรรณ	
	นางช้อน วังหอม	1	230 ม.4	อรพรรณ	
	นายอุดม เสียมศาสตร์	1	26 ม.10	อรพรรณ	
	นายมาวิล สืบนาคำ	1	65 ม.1	อรพรรณ	
	นายสีณุ เลิศโรวงค์	1	18 ม.1	อรพรรณ	
18	นายบรรจง เทียมเมฆ	1	226 ม.4	อรพรรณ	
	นางบุญศรี ยอดนิยม	1	22 ม.10	อรพรรณ	
	นางบุญมี ศรีคำบ่อ	1	66 ม.10	อรพรรณ	
	นางสวน มณีแฮด	1	13 ม.4	อรพรรณ	
	นายอุดม เสียมศาสตร์	1	26 ม.10	อรพรรณ	
	นายศักดิ์ดา ผาลา	1	80 ม.4	อรพรรณ	
	นายเรียน แนนอุดร	1	117 ม.3	อรพรรณ	
19	นายมาวิล สืบนาคำ	1	65 ม.1	อรพรรณ	
	นายสีณุ เลิศโรวงค์	1	18 ม.1	อรพรรณ	
	นางชา คำภูมิ	1	99 ม.6	อรพรรณ	
	นางสมบุรณ์ บุตรยุทธ	1	202 ม.4	อรพรรณ	
	นางละออง โคตรมงคล	1	51 ม.1	อรพรรณ	
	นางอำพัน ศรีพิ้ว	1	47 ม.1	อรพรรณ	
	นายเรียน แนนอุดร	1	117 ม.3	อรพรรณ	
	นายภิรมย์ คำสงฆ์	1	55 ม.1	อรพรรณ	
20	นางสาวอริสรา เสนานันท์	3	39 ม.2	อรพรรณ	
	นายมาวิล สืบนาคำ	1	65 ม.1	อรพรรณ	
	นายชา คำภูมิ	1	99 ม.6	อรพรรณ	
	นายเรียน แนนอุดร	1	117 ม.3	อรพรรณ	
	นางอ่อนศรี พะเสียง	1	77 ม.8	อรพรรณ	



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ที่ มค ๘๓๗๐๖/๑๖ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการดำเนินการโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
เพื่อเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำเดือน กุมภาพันธ์

เรียน นายกองค้การบริบาลส่วนตำบลตอนกลาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สรุปรายการดำเนินการโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลางได้ดำเนินงานตามโครงการอาสาสมัครบริบาล  
ท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่งอาสาสมัครบริบาล จำนวน ๑ คน ลงพื้นที่ทั้ง ๑๑ หมู่บ้าน นั้น

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง จึงสรุปรายงานผลการ  
ดำเนินการโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น  
ประจำเดือน พฤศจิกายน ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมกับบันทึกนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(นางสาวกานต์ธีรา ชิลวงษ์)

ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

ความคิดเห็นของผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

.....

.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวลัดดา รัตนโรงใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

รักษาการผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ความคิดเห็นของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

.....

.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวลัดดา รัตนโรงใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

รักษาราชการแทนปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

ความคิดเห็นของนายกองค้การบริบาลส่วนตำบล

.....

.....

ลงชื่อ.....

(นายวิบูลย์ ตรีอินทร์)

นายกองค้การบริบาลส่วนตำบลตอนกลาง

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตำบลดอนกลาง  
ประจำเดือน กุมภาพันธ์



การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตำบลดอนกลาง  
ประจำเดือน กุมภาพันธ์





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ที่ มค ๘๓๗๐๖/๒๔ วันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง รายงานผลการดำเนินการโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
เพื่อเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ประจำเดือน มิถุนายน

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สรุปการดำเนินการโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลางได้ดำเนินงานตามโครงการอาสาสมัครบริหาร  
ท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่งอาสาสมัครบริหาร จำนวน ๑ คน ลงพื้นที่ทั้ง ๑๑ หมู่บ้าน นั้น

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง จึงสรุปรายงานผลการ  
ดำเนินการโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเป็นอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น  
ประจำเดือน พฤศจิกายน ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมๆกับบันทึกนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ..... 

(นางสาวชัยญานุช อินา)

ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข

ความคิดเห็นของผู้อำนวยการกองสาธารณสุข



ลงชื่อ..... 

(นางสาวลัดดารา รัตน์รองใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง  
รักษาการผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ความคิดเห็นของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล



ลงชื่อ..... 

(นางสาวลัดดารา รัตน์รองใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง  
รักษาการแทนปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

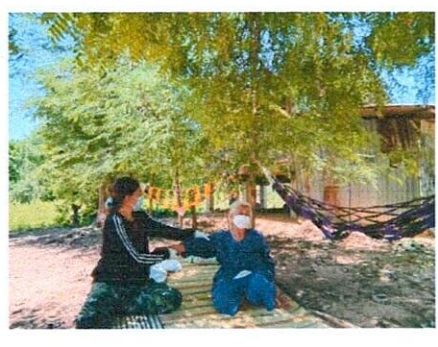
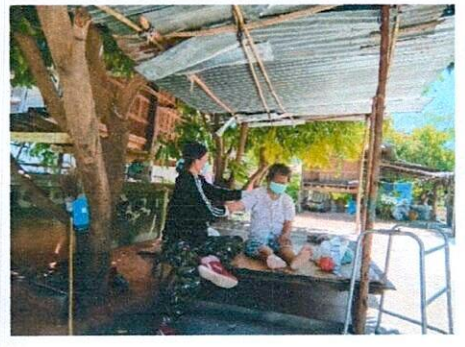
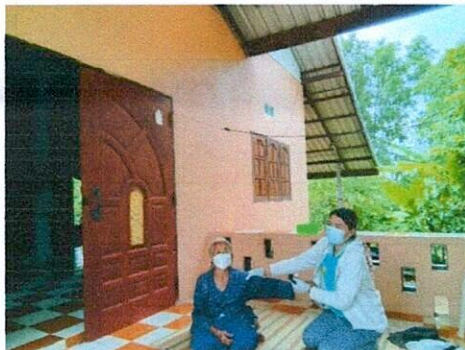
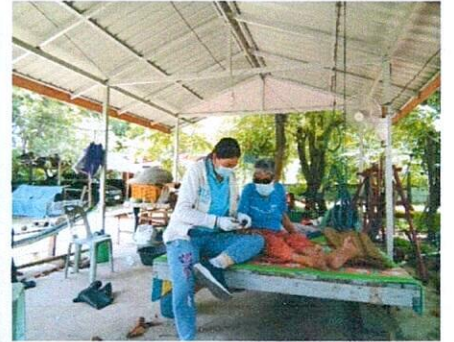
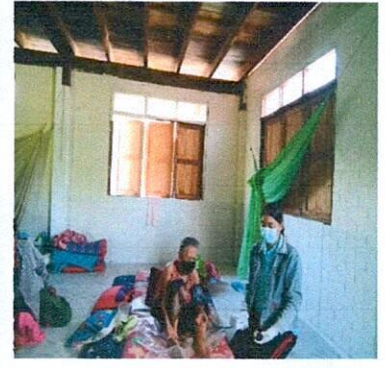
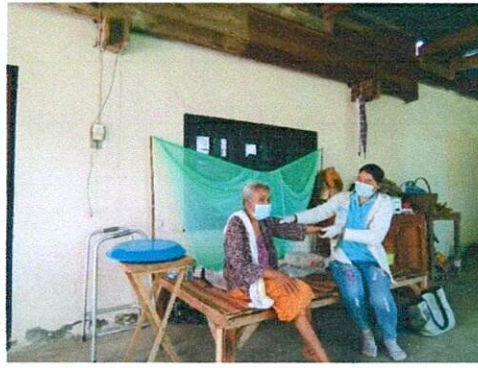
ความคิดเห็นของนายกองค์การบริหารส่วนตำบล

ลงชื่อ..... 

(นายวิบูลย์ ตรีอินทร์)

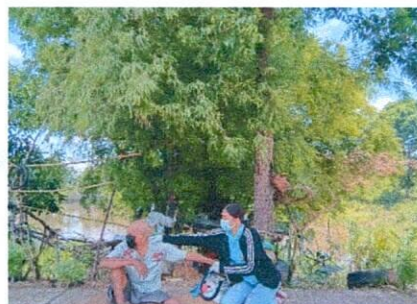
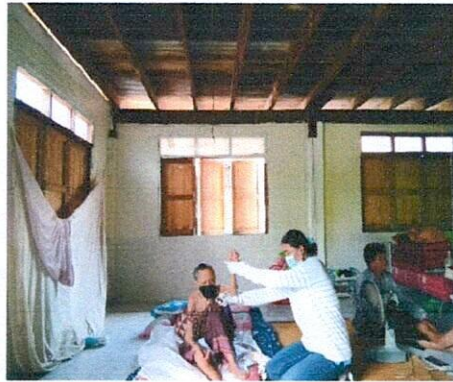
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นตำบลดอนกลาง  
ประจำเดือน มิถุนายน





การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นตำบลอนกลาง  
ประจำเดือน มิถุนายน





# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ที่ มค.๘๓๗๐๖/๑๑๗

วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง รายงานผลการดำเนินการโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
เพื่อเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ตามที่ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางได้ดำเนินงานตามโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น  
เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่งอาสาสมัครบริบาล จำนวน ๑ คน ลงพื้นที่ทั้ง ๑๑ หมู่บ้าน นั้น

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง จึงสรุปรายงานผลการ  
ดำเนินการโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น  
ประจำเดือน พฤศจิกายน ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมกับบันทึกนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(นางสาวชญานุช อินลา)

ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

ความคิดเห็นของผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

ลงชื่อ.....

(นางสาวลัดดารารัตน์รองใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลรักษาการ

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ความคิดเห็นของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

ลงชื่อ.....

(นางสาวลัดดารารัตน์รองใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลรักษาการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ความคิดเห็นของนายกองค้การบริหารส่วนตำบล

ลงชื่อ.....

(นายวิบูลย์ ตรีอินทร์)

นายกองค้การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นตำบลอนกลาง  
ประจำเดือน พฤศจิกายน



การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นตำบลอนกลาง

ประจำเดือน พฤศจิกายน



ใบส่งมอบงานจ้าง

องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง  
 เลขที่รับ 9002  
 วันที่ ๓๑ พ.ค. ๖๕  
 สำนักปลัด  กองการศึกษาฯ  
 กองคลัง  กองสวัสดิการสังคมฯ  
 เขียนที่ ๓๓ หมู่ที่ ๘ ตำบลดอนกลาง  
 อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วันที่ ๓๑ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕


เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง


ด้วยตามใบสั่งจ้างเลขที่ ๙๖/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕ ได้จ้างเหมาบริการผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามที่คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan/กำกับและติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นรายบุคคลที่มีอยู่ในพื้นที่ ครบวันละไม่น้อยกว่า ๘ ชั่วโมง และไม่น้อยกว่าเดือนละ ๒๐ วัน ตามข้อตกลงการจ้างอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางรวมทั้งปฏิบัติงาน งานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑ อัตรา ประจำเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๕ ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ อัตราค่าจ้างเป็นเงินจำนวนทั้งสิ้น ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) กำหนดเสร็จสิ้นในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ นั้น

บัดนี้ข้าพเจ้าผู้รับจ้างได้ทำการเสร็จถูกต้องตามรายการดังกล่าวงวดสุดท้ายแล้ว เป็นเงินจำนวน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดส่งให้คณะกรรมการตรวจการจ้าง ไปทำการตรวจรับไว้หากเป็นการถูกต้องแล้ว ขอได้โปรดเสนอขอเบิกจ่ายให้ข้าพเจ้าต่อไปด้วย จักขอบคุณมาก

เวียง ๓๓๓๓ ๐๓๓. ๐๓๓๓๓๓  
 - ๐๓๓ ๓๓๓ ๐๓๓๓๓  
 ๓๓๓ ๓๓๓  
 - ๓๓๓ ๐๓๓๓ ๐๓๓๓๓๓๓๓

ขอแสดงความนับถือ  
 อรพรรณ ทองเงิน  
 (นางอรพรรณ ทองเงิน)  
 ผู้รับจ้าง

  
 (นางสาวอรปภา ธารเย็นญวน)  
 เจ้าหน้าที่งานธุรการปฏิบัติงาน

- เน้นดง (เน้นนักศึกษาพรรค) 



ใบลงเวลาปฏิบัติงานอาสาสมัครท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
 โครงการอาสาสมัครบริการท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
 องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ประจำเดือน พฤษภาคม

ชื่อ-สกุล นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริการ

วัน เดือน ปี ปฏิบัติงาน	ลายมือชื่อ	เวลามา	ลายมือชื่อ	เวลากลับ	รวม ระยะเวลา ปฏิบัติงาน	หมายเหตุ
1 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
2 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
3 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
4 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
5 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
6 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
7 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
8 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
9 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
10 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
11 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
12 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
13 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
14 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
15 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
16 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
17 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
18 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
19 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
20 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
21 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
22 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
23 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
24 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
25 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
26 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
27 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
28 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
29 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
30 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	
31 พฤษภาคม 2565	อรพรรณ	08.30	อรพรรณ	17.30	8.00	

(ลงชื่อ).....อรพรรณ ทองเงิน.....รับรองตัวเอง

(นางอรพรรณ ทองเงิน)

อาสาสมัครบริการท้องถิ่น

(ลงชื่อ)..........ผู้รับรอง

(นางสาวรัตตารา รัตน์รองใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

แบบคำนวณค่าตอบแทนอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

นางอรพรรณ ทองเงิน

องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ประจำเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ว/ด/ป	เวลาปฏิบัติงาน(น.)	เวลากลับ(น.)	รวมเวลาปฏิบัติงาน (ชั่วโมง)	จำนวนเงิน
2 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
3 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
5 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
6 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
9 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
10 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
11 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
12 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
13 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
17 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
18 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
19 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
20 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
23 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
24 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
25 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
26 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
27 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
30 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250
31 พ.ค 65	08.30 น.	17.30 น.	8 8.2	250

ขอรับรองว่า อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นได้ปฏิบัติงานจริง และปฏิบัติงานถูกต้องครบถ้วนตามบันทึก  
ข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น จำนวน ๒๐ วัน ได้รับค่าตอบแทนเต็มจำนวน ๕,๐๐๐ บาท  
(ห้าพันบาทถ้วน)

ลงชื่อ .....ผู้รับรอง

(นางสาวลัดดาร่า รัตนรองใต้)

ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

รักษาราชการแทนปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

วันที่ เดือน พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๕

ตารางการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม

ชื่อ นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ชื่อ-สกุล.....ควบคุม

(นางสาวกานต์ธีรา ชิลวงษ์)

ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

วันเดือนปี	รายชื่อผู้มีภาวะพึ่งพิง	ที่อยู่
2 พ.ค 65	1. นางสาวน พงษ์พิศ	57 ม.4 บ้านกิมไลศ
	2. นางสาวน งามใจ	13 ม.4 บ้านกิมไลศ
	3. นางสาวน มุขารุณ	202 ม.4 บ้านกิมไลศ
	4. นางจอน อ้วนอ	230 ม.4 บ้านกิมไลศ
	5. นางสาวน เลิศผดุง	26 ม.10 บ้านกิมไลศ
	6. นางสาวน สิริจันทร์	67 ม.4 บ้านกิมไลศ
	7. นางสาวน ศรีทอง	15 ม.1 บ้านตอนกลาง
	8. นางสาวน อนุส	107 ม.3 บ้านโนนสูง
3 พ.ค 65	1. นางสาวน เลิศผดุง	226 ม.4 บ้านกิมไลศ
	2. นางสาวน งามใจ	22 ม.10 บ้านกิมไลศ
	3. นางสาวน ศรีทอง	16 ม.10 บ้านกิมไลศ
	4. นางสาวน งามใจ	13 ม.4 บ้านกิมไลศ
	5. นางสาวน งามใจ	80 ม.4 บ้านกิมไลศ
	6. นางสาวน เลิศผดุง	26 ม.10 บ้านกิมไลศ
	7. นางสาวน สิริจันทร์	67 ม.4 บ้านกิมไลศ
	8. นางสาวน อนุส	117 ม.3 บ้านโนนสูง
5 พ.ค 65	1. นางสาวน สิริจันทร์	66 ม.1 บ้านตอนกลาง
	2. นางสาวน เลิศผดุง	17 ม.1 บ้านตอนกลาง
	3. นางสาวน งามใจ	99 ม.6 บ้านจันท
	4. นางสาวน งามใจ	92 ม.6 บ้านจันท
	5. นางสาวน งามใจ	67 ม.1 บ้านตอนกลาง
	6. นางสาวน สิริจันทร์	47 ม.1 บ้านตอนกลาง
	7. นางสาวน อนุส	117 ม.3 บ้านโนนสูง
	8. นางสาวน งามใจ	55 ม.1 บ้านตอนกลาง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจข้อมูล

(นางสาวลัดดา รุ่งโรจน์)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง



ตารางการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม

ชื่อ นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ชื่อ-สกุล.....*Arorn*.....ควบคุม

(นางสาวกานต์ธีรา ชิลวงษ์)

ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

วันเดือนปี	รายชื่อผู้มีภาวะพึ่งพิง	ที่อยู่
6 พ.ค 65	1. ทาสทอริศทา เลขาพันธ์	39 ม.2 บ้านวังจาน
	2. ทาสทอริศทา ภาทกภ	42 ม.6 บ้านวังจาน
	3. ทาสทอริศทา สี่ตาข่ง	110 ม.6 บ้านวังจาน
	4. ทาสทอริศทา กำภู	99 ม.6 บ้านวังจาน
	5. ทาสทอริศทา พ.เอ็ง	77 ม.6 บ้านวังจาน
9 พ.ค 65	1. ทาสทอริศทา เสนพอ	89 ม.4 บ้านทิมโฮง
	2. ทาสทอริศทา สก๊อ	13 ม.4 บ้านทิมโฮง
	3. ทาสทอริศทา สอนพอ	202 ม.4 บ้านทิมโฮง
	4. ทาสทอริศทา กำนอน	207 ม.4 บ้านทิมโฮง
	5. ทาสทอริศทา เส็งมอ	26 ม.10 บ้านทิมโฮง
	6. ทาสทอริศทา สอนพอ	69 ม.4 บ้านทิมโฮง
	7. ทาสทอริศทา สก๊อ	15 ม.1 บ้านทิมโฮง
	8. ทาสทอริศทา สอนพอ	107 ม.3 บ้านทิมโฮง
10 พ.ค 65	1. ทาสทอริศทา กิ่งม	226 ม.4 บ้านทิมโฮง
	2. ทาสทอริศทา สอนพอ	22 ม.10 บ้านทิมโฮง
	3. ทาสทอริศทา สี่ตาข่ง	66 ม.10 บ้านทิมโฮง
	4. ทาสทอริศทา สก๊อ	13 ม.11 บ้านทิมโฮง
	5. ทาสทอริศทา เส็งมอ	26 ม.10 บ้านทิมโฮง
	6. ทาสทอริศทา สอนพอ	40 ม.4 บ้านทิมโฮง
	7. ทาสทอริศทา สอนพอ	69 ม.4 บ้านทิมโฮง
	8. ทาสทอริศทา สอนพอ	117 ม.3 บ้านทิมโฮง

ลงชื่อ.....*Arorn*.....ผู้ตรวจข้อมูล

(นางสาวลัดดา รัตนรองใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ตารางการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม

ชื่อ นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ชื่อ-สกุล.....ควบคุม

(นางสาวกานต์ธีรา ชิลวงษ์)

ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

วันเดือนปี	รายชื่อผู้มีภาวะพึ่งพิง	ที่อยู่
11 พ.ค 65	1. พงษ์ภักดิ์ สมภักดิ์	65 ม.1 บ้านดอนกก
	2. พงษ์วิชัย เจริญอักษร	14 ม.1 บ้านดอนกก
	3. พงษ์ชาติ กอแก้ว	99 ม.6 บ้านวังจาน
	4. พงษ์อนันต์ สีนอน	230 ม.4 บ้านท่าไม้ตาย
	5. พงษ์ธนากร ไตรตรรกาน	59 ม.1 บ้านดอนกก
	6. พงษ์อานันต์ สหพันธ์	47 ม.1 บ้านดอนกก
	7. พงษ์วิวัฒน์ นนทบุรี	117 ม.3 บ้านโนนสูง
	8. พงษ์กิตติมา เจริญสุข	55 ม.1 บ้านดอนกก
12. พ.ค 65	1. พงษ์อนุพงษ์ จอดมีผล	39 ม.2 บ้านท่ากก
	2. พงษ์วิเศษ เกตุภักดิ์	52 ม.6 บ้านวังจาน
	3. พงษ์วิวัฒน์ เลิศภักดิ์	39 ม.6 บ้านท่ากก
	4. พงษ์ชาติ กอแก้ว	99 ม.6 บ้านดอนกก
	5. พงษ์อนันต์ สีนอน	77 ม.6 บ้านวังจาน
13 พ.ค 65	1. พงษ์ชาติ เสน่ห์	59 ม.10 บ้านท่าไม้ตาย
	2. พงษ์อนันต์ มณีแสง	13 ม.10 บ้านท่าไม้ตาย
	3. พงษ์วิเศษ สุวาทิต	902 ม.4 บ้านวังจาน
	4. พงษ์อนันต์ สีนอน	903 ม.10 บ้านท่าไม้ตาย
	5. พงษ์อนันต์ สีนอน	26 ม.10 บ้านท่าไม้ตาย
	6. พงษ์วิเศษ สีนอน	67 ม.4 บ้านท่าไม้ตาย
	7. พงษ์วิเศษ สีนอน	15 ม.1 บ้านดอนกก
	8. พงษ์อนันต์ สีนอน	107 ม.3 บ้านโนนสูง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจข้อมูล

(นางสาวลัดดา รัตน์รุ่งใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ตารางการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม

ชื่อ นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ชื่อ-สกุล.....ควบคุม

(นางสาวกานต์ธีรา ชิลวงษ์)

ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

วันเดือนปี	รายชื่อผู้มีภาวะพึ่งพิง	ที่อยู่
17.พ.ค 65	1. ทบมาทง เก้งวไลวม	226 2.4 มทททโพธิ์
	2. ทบมาทง งามอนิม	22 2.10 มทททโพธิ์
	3. ทบมาทง นรกัน	66 2.10 มทททโพธิ์
	4. ทบมาทง มณี 1100	13 2.4 มทททโพธิ์
	5. ทบมาทง สิ่งมณีสาร์	26 2.10 มทททโพธิ์
	6. ทบมาทง ดัดดีตา มตา	50 2.4 มทททโพธิ์
	7. ทบมาทง นรอินทร์มาทง	67 2.4 มทททโพธิ์
	8. ทบมาทง 11/11/2015	117 2.3 มทททโพธิ์
18.พ.ค 65	1. ทบมาทง สัมมาทง	66 2.1 มทททโพธิ์
	2. ทบมาทง ไลต์โพธิ์	10 2.1 มทททโพธิ์
	3. ทบมาทง มาทง	99 2.6 มทททโพธิ์
	4. ทบมาทง มาทง	230 2.4 มทททโพธิ์
	5. ทบมาทง 10/10/2015	61 2.1 มทททโพธิ์
	6. ทบมาทง นรมาทง	47 2.1 มทททโพธิ์
	7. ทบมาทง 11/11/2015	12 2.3 มทททโพธิ์
	8. ทบมาทง 10/10/2015	66 2.1 มทททโพธิ์
19.พ.ค 65	1. ทบมาทง เสกมาทง	37 2.2 มทททโพธิ์
	2. ทบมาทง 10/10/2015	52 2.6 มทททโพธิ์
	3. ทบมาทง นรมาทง	66 2.10 มทททโพธิ์
	4. ทบมาทง มาทง	99 2.6 มทททโพธิ์
	5. ทบมาทง 11/11/2015	77 2.5 มทททโพธิ์

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจข้อมูล

(นางสาวลัดดา รัตนรุ่งใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ตารางการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม

ชื่อ นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ชื่อ-สกุล.....ควบคุม

(นางสาวกานต์ธีรา ชิลวงษ์)

ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

วันเดือนปี	รายชื่อผู้มีภาวะพึ่งพิง	ที่อยู่
20 พ.ค 65	1. นางสาว นนพร	๓๓ ม.4 มทท.โพธิ์
	2. นางสาว นนพร	๒๒ ม.4 มทท.โพธิ์
	3. นางสาว นนพร	๒๑ ม.๒ มทท.โพธิ์
	4. นางสาว นนพร	๒๑ ม.๒ มทท.โพธิ์
	5. นางสาว นนพร	๒๑ ม.10 มทท.โพธิ์
	6. นางสาว นนพร	๒๑ ม.4 มทท.โพธิ์
	7. นางสาว นนพร	15 ม.1 มทท.โพธิ์
	8. นางสาว นนพร	10๗ ม.3 มทท.โพธิ์
23 พ.ค 65	1. นางสาว นนพร	๒๑ ม.๒ มทท.โพธิ์
	2. นางสาว นนพร	๒๑ ม.4 มทท.โพธิ์
	3. นางสาว นนพร	๒๑ ม.10 มทท.โพธิ์
	4. นางสาว นนพร	13 ม.4 มทท.โพธิ์
	5. นางสาว นนพร	๒๑ ม.10 มทท.โพธิ์
	6. นางสาว นนพร	๒๑ ม.4 มทท.โพธิ์
	7. นางสาว นนพร	๒๑ ม.4 มทท.โพธิ์
	8. นางสาว นนพร	17 ม.3 มทท.โพธิ์
24 พ.ค 65	1. นางสาว นนพร	๒๑ ม.1 มทท.โพธิ์
	2. นางสาว นนพร	18 ม.1 มทท.โพธิ์
	3. นางสาว นนพร	๑๑ ม.6 มทท.โพธิ์
	4. นางสาว นนพร	๔๒ ม.1 มทท.โพธิ์
	5. นางสาว นนพร	๒๑ ม.1 มทท.โพธิ์
	6. นางสาว นนพร	47 ม.1 มทท.โพธิ์
	7. นางสาว นนพร	17 ม.๖ มทท.โพธิ์
	8. นางสาว นนพร	๒๑ ม.1 มทท.โพธิ์

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจข้อมูล

(นางสาวลัดดา รัตน์รุ่งใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ตารางการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม

ชื่อ นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

ชื่อ-สกุล.....ควบคุม

(นางสาวกานต์ธีรา ชิลวงษ์)

ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

วันเดือนปี	รายชื่อผู้มีภาวะพึ่งพิง	ที่อยู่
25 พ.ค 65	1. ทนถ ธรรม เลิศพันธ์	79 ม.2 ซากหญ้า
	2. ทน อัญชอ เทพกร	82 ม.6 ซากหญ้า
	3. ทน สัมม เสด็จเสนา	15 ม.1 ซากหญ้า
	4. ทน ศักดิ์ กัญญา	77 ม.6 ซากหญ้า
	5. ทน อรุณศรี พะเล้ง	77 ม.6 ซากหญ้า
26 พ.ค 65	1. ทน งาม ใส่มะพร้าว	81 ม.4 ซากหญ้า
	2. ทน งาม มณี 1100	10 ม.4 ซากหญ้า
	3. ทน งาม ยงยุทธ	22 ม.4 ซากหญ้า
	4. ทน งาม วัชร	230 ม.4 ซากหญ้า
	5. ทน งาม เล็งมะพร้าว	26 ม.10 ซากหญ้า
	6. ทน งาม สันนิษฐาน	67 ม.4 ซากหญ้า
	7. ทน งาม ธรรม	15 ม.4 ซากหญ้า
	8. ทน งาม อนุสรณ์	107 ม.3 ซากหญ้า
27 พ.ค 65	1. ทน งาม คุ้มมะพร้าว	226 ม.4 ซากหญ้า
	2. ทน งาม อนุสรณ์	92 ม.10 ซากหญ้า
	3. ทน งาม อนุสรณ์	16 ม.18 ซากหญ้า
	4. ทน งาม มณี 1100	13 ม.4 ซากหญ้า
	5. ทน งาม เล็งมะพร้าว	26 ม.10 ซากหญ้า
	6. ทน งาม อนุสรณ์	80 ม.4 ซากหญ้า
	7. ทน งาม อนุสรณ์	67 ม.4 ซากหญ้า
	8. ทน งาม อนุสรณ์	107 ม.3 ซากหญ้า

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจข้อมูล

(นางสาวลัดดา รัตน์รุ่งใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลางรักษาราชการแทน


ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

ตารางการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม

ชื่อ นางอรพรรณ ทองเงิน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ชื่อ-สกุล.....  .....ควบคุม

(นางสาวกานต์ธีรา ชิลวงษ์)

ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

วันเดือนปี	รายชื่อผู้มีภาวะพึ่งพิง	ที่อยู่
30 พ.ค 65	1. ทงลล สืบภคณี	65 ม.1 พทต.นกก
	2. ทงสิขุ โคตโกวิท	16 ม.1 พทต.นกก
	3. ทงทท ทงอจ	99 ม.6 พทต.นกก
	4. ทงอจทท ๔๗๗๗	๙๐๒ ม.4 พทต.นกก
	5. ทงอจทท ๖๗๗๗	๕7 ม.1 พทต.นกก
	6. ทงอจทท ๗๗๗๗	47 ม.1 พทต.นกก
	7. ทงอจทท ๗๗๗๗	117 ม.3 พทต.นกก
	8. ทงอจทท ๗๗๗๗	๗๕ ม.๗ พทต.นกก
31 พ.ค 65	1. ทงอจทท ๗๗๗๗	๙๙ ม.2 พทต.นกก
	2. ทงอจทท ๗๗๗๗	๘๒ ม.6 พทต.นกก
	3. ทงอจทท ๗๗๗๗	65 ม.1 พทต.นกก
	4. ทงอจทท ๗๗๗๗	๙๙ ม.6 พทต.นกก
	5. ทงอจทท ๗๗๗๗	๗๗ ม.๘ พทต.นกก

ลงชื่อ.....  .....ผู้ตรวจข้อมูล

(นางสาวลัดดาภา รัตน์รุ่งใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ชื่อ-สกุล(อาสาสมัครท้องถิ่น) นางอรพรรณ ทองเงิน  
 ชื่อหมู่บ้าน บ้านท่าเสา - ๑๐๗๗ ตำบล ดอนกลาง อำเภอ โกสุมพิสัย จังหวัด มหาสารคาม

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ(คน)	ระยะเวลา การดูแล	หมายเหตุ
2 พ.ค 65	๑. วัดอุณหภูมิต้องถิ่น	๕ คน	๕ ชม	
	๒. วัดความดัน			
	๓. สดใจ			
	๔. ปรึกษาครัวเรือน			
	๕. นัดฝนหลวง			
	๖. ล้างมือในครัว			
	๗. ประเมิน ADL			
3 พ.ค 65	๑. วัดอุณหภูมิต้องถิ่น	๕ คน	๕ ชม	
	๒. วัดความดัน			
	๓. นัดฝนหลวง			
	๔. ปรึกษาครัวเรือน			
	๕. ล้างมือในครัว			
	๖. สดใจ			
	๗. ประเมิน ADL			

หมายเหตุ รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่จริงในแต่ละเดือน

ลงชื่อ อรพรรณ ทองเงิน

(นางอรพรรณ ทองเงิน)

อาสาสมัครท้องถิ่น

ลงชื่อ [Signature] ผู้รับรอง

(นางสาวลัดดา รัตนรุ่งโรจน์)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลคอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ชื่อ-สกุล(อาสาสมัครท้องถิ่น) นางอรพรรณ ทองเงิน  
 ชื่อหมู่บ้าน ๑๐๗ หนอง-โพธิ์ ตำบล ๑๐๗ หนอง อำเภอ ทุ่งโพธิ์ศรี จังหวัด มหาสารคาม

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ(คน)	ระยะเวลา การดูแล	หมายเหตุ
5 พ.ค 65	๑. ศึกษานกขมิ	๑ คน	๑ ชม	
	๒. ศึกษากมธัน			
	๓. ศึกษานกขมิ			
	๔. ศึกษานกขมิ			
	๕. ศึกษานกขมิ			
	๖. ศึกษานกขมิ			
	๗. ศึกษานกขมิ			
6 พ.ค 65	๑. ศึกษานกขมิ	๑ คน	๑ ชม	
	๒. ศึกษากมธัน			
	๓. ศึกษานกขมิ			
	๔. ศึกษานกขมิ			
	๕. ศึกษานกขมิ			
	๖. ศึกษานกขมิ			
	๗. ศึกษานกขมิ			

หมายเหตุ รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่จริงในแต่ละเดือน

ลงชื่อ อรพรรณ ทองเงิน

(นางอรพรรณ ทองเงิน)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ลงชื่อ [Signature] ผู้รับรอง

(นางสาวลัดดา รัตน์รองใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคอนกลางรักษาการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลคอนกลาง



แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ชื่อหมู่บ้าน กิ่งไม้ - หนองน้ำ ชื่อ-สกุล(อาสาสมัครท้องถิ่น) นางอรพรรณ ทองเงิน  
ตำบล หนองกลาง อำเภอ วัฒนาราม จังหวัด มหาสารคาม

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ(คน)	ระยะเวลา การดูแล	หมายเหตุ
9 พ.ค 65	๑. วัดอุณหภูมิต้องถิ่น	4 คน	๕ ชม	
	๒. วัดความดัน			
	๓. ปรึกษา			
	๔. บริหารกลุ่มแม่			
	๕. ทัศนศึกษา			
	๖. ศึกษารายบุคคล			
	๗. ประเมิน AOL			
10 พ.ค 65	๑. วัดอุณหภูมิต้องถิ่น	๕ คน	๕ ชม	
	๒. วัดความดัน			
	๓. ศึกษารายบุคคล			
	๔. บริหารกลุ่มแม่			
	๕. ทัศนศึกษา			
	๖. ปรึกษา			
	๗. ประเมิน AOL			

หมายเหตุ รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่จริงในแต่ละเดือน

ลงชื่อ อรพรรณ ทองเงิน

(นางอรพรรณ ทองเงิน)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ลงชื่อ ..... ผู้รับรอง

(นางสาวลัดดา รัตน์รุ่งใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ชื่อ-สกุล(อาสาสมัครท้องถิ่น) นางอรพรรณ ทองเงิน  
 ชื่อหมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
 ๑๐๗๖๖ - ๖๖๗๗ ตำบล ๑๐๗๖๖ อำเภอ ๖๖๗๗๖๖ จังหวัด มหาสารคาม

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ(คน)	ระยะเวลา การดูแล	หมายเหตุ
11.๕.๖๕	๑. วัดอุณหภูมิต้องถิ่น	๕ คน	๕ ชม	
	๒. วัดความดัน			
	๓. มีนทาคว้ามเนอ			
	๔. สักงานวิทยากร			
	๕. ทดสอบของ			
	๖. ทดสอบ			
	๗. ปรแกรม ADL			
12.๕.๖๕	๑. วัดอุณหภูมิต้องถิ่น	๕ คน	๕ ชม	
	๒. วัดความดัน			
	๓. ทดสอบ			
	๔. มีนทาคว้ามเนอ			
	๕. สักงานวิทยากร			
	๖. ทดสอบของ			
	๗. ปรแกรม ADL			

หมายเหตุ รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่จริงในแต่ละเดือน

ลงชื่อ.....  
 อรพรรณ ทองเงิน

(นางอรพรรณ ทองเงิน)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(นางสาวลัดดาภา รัตนรุ่งโรจน์)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ชื่อหมู่บ้าน กิมไลต์ - ไผ่แดง ชื่อ-สกุล(อาสาสมัครท้องถิ่น) นางอรพรรณ ทองเงิน  
 ตำบล ดอนกลาง อำเภอ ดงหลวง จังหวัด มหาสารคาม

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ(คน)	ระยะเวลา การดูแล	หมายเหตุ
13 พ.ค 65	๑. ทัศนศึกษา	๕ คน	๕ ชม	
	๒. จัดกิจกรรม			
	๓. ทัศนศึกษา			
	๔. ฝึกทักษะชีวิต			
	๕. ทัศนศึกษา			
	๖. ทัศนศึกษา			
	๗. ทัศนศึกษา ADL			
17 พ.ค 65	๑. ทัศนศึกษา	๕ คน	๕ ชม	
	๒. ทัศนศึกษา			
	๓. ทัศนศึกษา			
	๔. ฝึกทักษะชีวิต			
	๕. ทัศนศึกษา			
	๖. ทัศนศึกษา			
	๗. ทัศนศึกษา ADL			

หมายเหตุ รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลาที่ปฏิบัติ  
 หน้าที่จริงในแต่ละเดือน

ลงชื่อ อรพรรณ ทองเงิน

(นางอรพรรณ ทองเงิน)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ลงชื่อ รัตนา รัตนรุ่งโรจน์ ผู้รับรอง

(นางสาวรัตนา รัตนรุ่งโรจน์)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ชื่อ-สกุล(อาสาสมัครท้องถิ่น) นางอรพรรณ ทองเงิน  
 ชื่อหมู่บ้าน ดอนกลาง - หินพิง ตำบล ดอนกลาง อำเภอ วิเศษวิสัย จังหวัด หนองบัวลำภู

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ(คน)	ระยะเวลา การดูแล	หมายเหตุ
18 พ.ค 65	๑. วัดอุ่มพูนผลิ	๘ คน	๔ ชม	
	๒. วัดกกมดต้น			
	๓. บริบาลผู้ป่วยเฒ่า			
	๔. พด.๗๐๕๓๗			
	๕. ๗๐๕๓๗			
	๖. ศาลาอเนกวิทย์			
	๗. ไร่เย็น APL			
19 พ.ค 65	๑. วัดอุ่มพูนผลิ	๘ คน	๔ ชม	
	๒. วัดกกมดต้น			
	๓. ๗๐๕๓๗			
	๔. พด.๗๐๕๓๗			
	๕. ศาลาอเนกวิทย์			
	๖. บริบาลผู้ป่วยเฒ่า			
	๗. ไร่เย็น APL			

หมายเหตุ รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่จริงในแต่ละเดือน

ลงชื่อ อรพรรณ ทองเงิน

(นางอรพรรณ ทองเงิน)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ลงชื่อ รัตนา รตนรุ่งโรจน์ ผู้รับรอง

(นางสาวรัตนา รตนรุ่งโรจน์)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ชื่อ-สกุล(อาสาสมัครท้องถิ่น) นางอรพรรณ ทองเงิน  
 ชื่อหมู่บ้าน กิ่งไม้ - ต.หนอง ตำบล หนอง อำเภอ วัฒนวิชัย จังหวัด มท.๑๗

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ(คน)	ระยะเวลา การดูแล	หมายเหตุ
10 พ.ค 65	๑. รับผิดชอบดูแล	๑ คน	๑ ชม	
	๒. รับผิดชอบดูแล			
	๓. ทัศนียภาพ			
	๔. รับประทานอาหาร			
	๕. พักผ่อน			
	๖. ภารกิจพิเศษ			
	๗. ประเมิน ADL			
13 พ.ค 65	๑. รับผิดชอบดูแล	๑ คน	๑ ชม	
	๒. รับผิดชอบดูแล			
	๓. ภารกิจพิเศษ			
	๔. พักผ่อน			
	๕. รับประทานอาหาร			
	๖. ทัศนียภาพ			
	๗. ประเมิน ADL			

หมายเหตุ รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลาที่ปฏิบัติ  
 หน้าที่จริงในแต่ละเดือน

ลงชื่อ อรพรรณ ทองเงิน

(นางอรพรรณ ทองเงิน)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(นางสาวลัดดา รัตน์รองใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ชื่อ-สกุล(อาสาสมัครท้องถิ่น) นางอรพรรณ ทองเงิน  
 ชื่อหมู่บ้าน ๐๐๗๗๗ - บ้านวังพิ ตำบล ๐๐๗๗๗ อำเภอ วัฒนารักษ์ จังหวัด หนองบัวลำภู

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ(คน)	ระยะเวลา การดูแล	หมายเหตุ
24 พ.ค 65	๑. รัดอุปกรณ์	๖ คน	๔ ชม.	
	๒. สดากมตน์			
	๓. นรันทควมมือ			
	๔. ทดสอบดวง			
	๕. สวมใส่หน้ากาก			
	๖. ทดสอบ			
	๗. ฆ่าเชื้อ AM			
15 พ.ค 65	๑. รัดอุปกรณ์	๘ คน	๖ ชม.	
	๒. รัดกมตน์			
	๓. ทดสอบดวง			
	๔. นรันทควมมือ			
	๕. สวมใส่หน้ากาก			
	๖. ทดสอบ			
	๗. ฆ่าเชื้อ ADL			

หมายเหตุ รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลาที่ปฏิบัติ  
 หน้าที่จริงในแต่ละเดือน

ลงชื่อ ๐๘๗๗๗ ทองเงิน

(นางอรพรรณ ทองเงิน)

อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(นางสาวลัดดา รัตนรุ่งใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลางรักษาการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลดอนกลาง

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ชื่อ-สกุล(อาสาสมัครท้องถิ่น) นางอรพรรณ ทองเงิน  
 ชื่อหมู่บ้าน บ้านไร่-ใหม่ ตำบล ดงหลวง อำเภอ ดงหลวง จังหวัด มหาสารคาม

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ(คน)	ระยะเวลา การดูแล	หมายเหตุ
26 พ ค 65	๑. รัดชุดนางง	๕ คน	๕ ชม	
	๒. รัดกางเกง			
	๓. ตัดผม			
	๔. บริหารการบ้าน			
	๕. ทดสอบคน			
	๖. สานวนักกีฬา			
	๗. ประเมิน ADL			
27 พ ค 65	๑. รัดชุดนางง	๕ คน	๕ ชม	
	๒. รัดกางเกง			
	๓. ตัดผม			
	๔. สานวนักกีฬา			
	๕. ทดสอบคน			
	๖. บริหารการบ้าน			
	๗. ประเมิน ADL			

หมายเหตุ รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลาที่ปฏิบัติ  
 หน้าที่จริงในแต่ละเดือน

ลงชื่อ อรพรรณ ทองเงิน

(นางอรพรรณ ทองเงิน)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ลงชื่อ รัตนา รุ่งโรจน์ ผู้รับรอง

(นางสาวรัตนา รุ่งโรจน์)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง

ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ชื่อ-สกุล(อาสาสมัครท้องถิ่น) นางอรพรรณ ทองเงิน  
 ชื่อหมู่บ้าน ๐๐พหลฯ - หินแห่น ตำบล ๐๐พหลฯ อำเภอ ไคยบุรี จังหวัด นครราชสีมา

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ(คน)	ระยะเวลา การดูแล	หมายเหตุ
30 พ.ค 65	๑. ทัศนศึกษา	๕ คน	๕ ชม	
	๒. จัดกิจกรรม			
	๓. ๓๐ คน			
	๔. มีกิจกรรม			
	๕. ๑๖๐ คน			
	๖. ๑๖๐ คน			
	๗. สักขี			
	๘. ประเมิน AN			
31 พ.ค 65	๑. ทัศนศึกษา	๕ คน	๕ ชม	
	๒. จัดกิจกรรม			
	๓. สักขี			
	๔. ๑๖๐ คน			
	๕. ๓๐ คน			
	๖. มีกิจกรรม			
	๗. ประเมิน AN			

หมายเหตุ รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลาที่ปฏิบัติ  
 หน้าที่จริงในแต่ละเดือน

ลงชื่อ ๐๐พหลฯ ทองเงิน

(นางอรพรรณ ทองเงิน)

อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(นางสาวลัดดา รัตน์รุ่งใต้)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลางรักษาราชการแทน

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอนกลาง



แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ **ภม ๗๐๓** ฉบับที่ **1** วันที่ **2** / **๙** / **๒๕๖๕**  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ **นางสาว ๖๖๕๗๖๘** หมายเลขบัตรประชาชน **5440390011212** อายุ **๗๗** ปี  
 จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) **๑ ๒ ๓ ๔** โรคประจำตัว **ไต, TAI, LTC** ความถี่ที่ต้องดูแลตามแผน **๖** ครั้ง/สัปดาห์ครั้งละ **4๐** ชั่วโมง  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver **นาง อ.ม.๕๕๗๗** เบอร์โทร **๐๘1๙๘๖๗๙๐** ชื่อ Care Manager / พี่เลี้ยง **อ.ส. ทน. พ.๕๕๗๗**

ว./ต./ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
2 พ.ศ ๖5	<input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว		T: ๖๗.๕ C, P ๕๖ / mins, BP 115/76 mmHg.	นางสาว ก
๑ พ.ศ ๖5	<input type="checkbox"/> ทำแผล		ADL= 11 TAI.....	
13 พ.ศ ๖5	<input checked="" type="checkbox"/> ภาวะโภชนาการ <input type="checkbox"/> กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา		อาการ <b>ขาดน้ำ เหนื่อย ใจเต้น ๑๕๐ ครั้ง</b>	
๑๐ พ.ศ ๖5	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง		<b>๖๐/๑๐๗</b>	
๑๖ พ.ศ ๖5	<input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น			
	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม			
	<input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อ		สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	
๐๖.30	<input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <b>ปรับยา</b>	๐๑.30	T.....C, P...../mins, BP...../.....mmHg.	
	<input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว		ADL=..... TAI.....	
	<input type="checkbox"/> ทำแผล		อาการ	
	<input type="checkbox"/> ภาวะโภชนาการ <input type="checkbox"/> กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา			
	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง			
	<input type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น			
	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม			
	<input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อ		สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	
	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....			

รับรองโดย **นางสาว** .....care manager / พี่เลี้ยง

แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ **เกษมสัน** ฉบับที่ **1** วันที่ **2** / พ.ค. / 2565  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ **นางสาว นงนุช** หมายเลขบัตรประชาชน **840300310146** อายุ **89** ปี  
 จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) **1 2 3 4** โรคประจำตัว **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40**  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver **นางสาว อรุณ** เบอร์โทร **0849864120** ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง **น.ส. กานดาจิต คุ้มภัย**

ว.ค.ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
2 พ.ค. 65	วัตถุประสงค์ <input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <b>100/120/80</b>		T: 86/60, P: 84 / mins., BP: 109 / 70 mmHg. ADL = 11 TAI..... อาการ <b>สมองเข็ง 100/120/80</b> <b>ไม่ปรารถน อดอาหาร 60%</b> ..... สรุปลผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แยลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	นางสาว นงนุช
17. พ.ค. 65	วัตถุประสงค์ <input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <b>100/120/80</b>		T: 85/50, P: 90 / mins., BP: 112 / 75 mmHg. ADL = 41 TAI..... อาการ <b>สมองเข็ง 100/120/80</b> <b>ไม่ปรารถน อดอาหาร 60%</b> ..... สรุปลผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แยลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	นางสาว นงนุช
26 พ.ค. 65	วัตถุประสงค์ <input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <b>100/120/80</b>		T: 85/50, P: 90 / mins., BP: 112 / 75 mmHg. ADL = 41 TAI..... อาการ <b>สมองเข็ง 100/120/80</b> <b>ไม่ปรารถน อดอาหาร 60%</b> ..... สรุปลผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แยลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	นางสาว นงนุช
09.30		10.00		
09.30		10.00		

รับรองโดย **นางสาว อรุณ** ..... care manager / พี่เลี้ยง

กมล ใสใจ

แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ กมล ใสใจ ฉบับที่ 1 วันที่ 9 / ๑๑ / ๒๕๖๕  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ๒๒๖ รามพร หมายเลขบัตรประชาชน ๒๔๑๑๐๐๑๑๐๒๐๗ อายุ ๘๐ ปี  
 จำนวนเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) ① ② ③ ④ โรคประจำตัว: ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, เบอริทรี, ภาวะหัวใจล้มเหลว, ภาวะไตเสื่อม, ภาวะกระดูกพรุน, ภาวะสมองเสื่อม, ภาวะตาบอด, ภาวะหูหนวก, ภาวะฟันผุ, ภาวะเบาหวาน, ภาวะโรคหัวใจ, ภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ, ภาวะโรคไต, ภาวะโรคตับ, ภาวะโรคปอด, ภาวะโรคอวัยวะอื่น ๆ  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver ๒๒๖ รามพร เบอร์โทร ๐๘๔๙๘๖๗๑๒๓ ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง น.ส. กมล ใสใจ

ว.ค.ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
1 พ.ค 65	วัดสัญญาณชีพ <input checked="" type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว		T 36.4 C, P 91 /mins., BP 112 / 80 mmHg.	นาง รามพร
๑๑.๑ 65	<input type="checkbox"/> ทำแผล.....		ADL = ..... TAI.....	
13 พ.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา		อาการ .....	
๒๐ พ.ค 65	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง		.....	
๒6 พ.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น		.....	ม.ค. รามพร
	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม.....		สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	
1๐. 3๐ พ.	<input checked="" type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. ....	11.๐๐ โห	.....	
	<input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว		T.....C, P...../mins., BP...../.....mmHg.	
	<input type="checkbox"/> ทำแผล.....		ADL = ..... TAI.....	
	<input type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา		อาการ .....	
	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง		.....	
	<input type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น		.....	
	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม.....		สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	
	<input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. ....		.....	
	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....		.....	

รับรองโดย ..... care manager / พี่เลี้ยง

แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ ภมรเวช วันที่ 1 / ม.ค / 2565

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ภมรเวช ..... หมายเลขบัตรประชาชน 311100249330 ..... อายุ 83 ปี  
 จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) 1 2 3 4 โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ..... ครั้ง/สัปดาห์ครั้ง 40 ชั่วโมง  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver ภมรเวช ..... เบอร์โทร 08498671204 ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง น.ส. กานต์จิรา วัฒน .....

ว./ค./ปี เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
1 พ.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว			ภมรเวช
๑ พ.ค 65	<input type="checkbox"/> ทำแผล.....			
11 พ.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> ภาวะสุขภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา			
13 พ.ค 65	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง			
18 พ.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น			วัฒน
	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม.....			
	<input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. ....			
11. 30	<input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>วัดสัญญาณชีพ</u> .....	11-30 hr		
20 พ.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว			ภมรเวช
๑6 พ.ค 65	<input type="checkbox"/> ทำแผล.....			
	<input checked="" type="checkbox"/> ภาวะสุขภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด. <input type="checkbox"/> การบริหารยา			
	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง			
	<input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น			
	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม.....			
	<input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. ....			
11. 30	<input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>วัดสัญญาณชีพ</u> .....	11.30 hr		วัฒน

รับรองโดย ภมรเวช ..... care manager / พี่เลี้ยง

เอกสารหมายเลข 4

แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ **กมลวิเศษ** ฉบับที่ **1** วันที่ **1** / **9** / **2565**  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ **นางสาว งามใจ** หมายเลขบัตรประชาชน **3110300311002** อายุ **74** ปี  
 จำนวนเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) **1** โรคประจำตัว **ความดันโลหิตสูง** ครึ่ง/สัปดาห์ครั้ง **40** ชั่วโมง  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver **นางสาว งามใจ** เบอร์โทร **0819864110** ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง **นางสาว งามใจ**

ว.ค.ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
1 พ.ค 65	วัตถุประสงค์ <input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อพ.....	14.00	T36.6C, P 85./mins., BP 135/76mmHg. ADL= 11 ..... TAI..... อาการ <b>รวมเข้านอนเวลา 10 โมง</b> <b>รวมรับประทานยา 10 โมง</b> ..... ..... ..... สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่งลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	นางสาว งามใจ
13.00	<input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อพ.....	14.00	T36.6C, P 90./mins., BP 130/80 ADL= 11 ..... TAI..... อาการ <b>สรุปเข้านอนเวลา 10 โมง</b> <b>รวมรับประทานยา 10 โมง</b> ..... ..... ..... สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่งลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	นางสาว งามใจ

รับรองโดย **นางสาว งามใจ** .....care manager / พี่เลี้ยง

แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ **พณิโสภา** ฉบับที่ **1** วันที่ **2** / **11.01.2565**  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ **นางสาว งาม งาม** หมายเลขบัตรประชาชน **340300313510** อายุ **68** ปี  
 จำนวนเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) **2** **3** **4** โรคประจำตัว **HT, DM, COPD** ครั้ง/สัปดาห์ครั้งละ **40** ชั่วโมง  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver **นาง อภิญญา** เบอร์โทร **0819864110** ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง **พ.ศ. เกษมศิริ ฐิติมา**

ว.ต.ปี/ เวลาที่ได้รับบริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ได้รับบริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ญาติที่รับบริการ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ
21.1.65	วัตถุประสงค์ <input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input type="checkbox"/> รับประทานอาหาร/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	15.00	T: 36.7°C, P: 89/mins, BP: 130/76 mmHg. ADL = 11 TAI..... อาการ <b>ซึมเล็กน้อย 107cm</b> <b>ไม่รับประทานอาหาร</b> ..... สรุปลผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แยลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	พณิโสภา
20.1.65	วัตถุประสงค์ <input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input type="checkbox"/> รับประทานอาหาร/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	15.00	T: 36.7°C, P: 90/mins, BP: 125/80 mmHg. ADL = 11 TAI..... อาการ <b>ซึมเล็กน้อย 107cm</b> <b>ไม่รับประทานอาหาร</b> ..... สรุปลผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แยลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	พณิโสภา
14.30		15.00		

รับรองโดย ..... **พณิโสภา** ..... care manager / พี่เลี้ยง

แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ สภม.๑๐๗๗๗ ฉบับที่ 1 วันที่ 2 / 1๑ / 256๕  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ ช.ล.โพธิ์ หมายเลขบัตรประชาชน 34๐3๐๐3213๖4 อายุ ๘3 ปี  
 จำนวนเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) ๑ ๒ ๓ ๔ โรคประจำตัว HTA ครั้ง/สัปดาห์ครั้งละ 40 ชั่วโมง  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver จ.ล.อสม.อภน เบอร์โทร ๐๘๔๙๖๖๗๑๐ ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง พ.ศ. พช. พิชยา วัฒนานันท์

ว./ค./ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
2๗.๑.๖5	<input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว		T:36.๕, P:89 /mins., BP:125 / 88 mmHg.	พ.จ.บ.ม.๗
๑๗.๑.๖5	<input type="checkbox"/> ทำแผล.....		ADL= 11 TAI.....	
1๖.๑.๖5	<input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การปรับท่าทาง <input type="checkbox"/> การบริหารยา		อาการ <u>ซึมเศร้าเล็กน้อย</u>	
20.๑.๖5	<input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น		<input type="checkbox"/> สรุปลผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	
26.๑.๖5	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม.....			
15.30	<input checked="" type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. <u>อื่น ๆ ๑๐๗๗๗</u>	16-00	T.....C, P...../mins., BP...../.....mmHg. ADL=.....TAI.....	
	<input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว		อาการ	
	<input type="checkbox"/> ทำแผล.....			
	<input type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การปรับท่าทาง <input type="checkbox"/> การบริหารยา			
	<input type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น			
	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม.....			
	<input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. ....			
	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....			

รับรองโดย จ.ล.โพธิ์ .....care manager / พี่เลี้ยง

แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ **บ้านใหม่** ฉบับที่ **1** วันที่ **1** / **ม.ค.** / **2565**.  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ **นางสม** หมายเลขบัตรประชาชน **2440300322073** อายุ **86** ปี  
 จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) **๒๕๔** โรคประจำตัว **ความดันโลหิตสูง** **40** ครั้ง/สัปดาห์ครั้งละ **40** ชั่วโมง  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver **นาง อสม** เบอร์โทร **๐๘1๙๖๖๖๖** ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง **น.ส. นพ. นพ. นพ. นพ. นพ.**

ว./ค./ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
2 ม.ค 65	วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว		T 36.5, P 89 /mins., BP 120 / 80	นาง สม
9 ม.ค 65	<input type="checkbox"/> ทำแผล.....		ADL=..... TAI.....	
13 ม.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> ภาวะสุขภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา		อากาศ <b>ร้อน</b> <b>33.5</b> <b>33.5</b> <b>33.5</b>	<b>อสม</b>
๑๐ ม.ค 65	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง		<b>33.5</b> <b>33.5</b> <b>33.5</b>	
๒6 ม.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น		.....	
	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม.....		สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	
16.30	<input checked="" type="checkbox"/> การประสานส่งต่อพ. ....	1๗-30	T.....C, P...../mins., BP...../.....mmHg.	
	<input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว		ADL=..... TAI.....	
	<input type="checkbox"/> ทำแผล.....		อาการ	
	<input type="checkbox"/> ภาวะสุขภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา		.....	
	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง		.....	
	<input type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น		.....	
	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม.....		สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	
	<input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อพ. ....		.....	
	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....		.....	

รับรองโดย ..... care manager / พี่เลี้ยง





แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ บ้านกิมไฮ ฉบับที่ 1 วันที่ 3 / ๙ / ๒๕๖๕  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางสาว น. น. หมายเลขบัตรประชาชน ๙๙๐๓๐๐๓๑๐๖๕๑ อายุ ๗๒ ปี  
 จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) ๑ ② ③ ④ โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver นางสาว น. น. เบอร์โทร ๐๙-๐๐๐-๐๐๐๐ ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง นางสาว น. น.

ว.ค.ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมินสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ญาติที่รับบริการ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
3 ๙. ๑ 65	<input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดลอม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>20.00 น.</u>		T: <u>๙๖.๖</u> C, P <u>๔๙</u> /mins., BP <u>131/73</u> mmHg. ADL = <u>11</u> TAI..... อาการ <u>ง่วงนอนเล็กน้อย</u> ..... ..... ..... สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แยลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	<u>นางสาว น. น.</u> <u>๙๐๐๙๙๙</u>
๐๙. 30	<input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดลอม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	<u>10-00</u>	T.....C, P ...../mins., BP...../.....mmHg. ADL=.....TAI..... อาการ ..... ..... ..... สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แยลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	

รับเองโดย นางสาว น. น. .....care manager / พี่เลี้ยง



แบบฉบับที่กการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ มาทกิม ๒๐๐ ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒ / ๙ / ๒๕๖๕.  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นาง ๒๐๙ หมายเลขบัตรประชาชน ๒๔๐๒๐๐๓๑๐๑๔๖ อายุ ๘๙ ปี  
 จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) ๑ ๒ ๓ ๔ โรคประจำตัว ๑๐๙ LTCกลุ่ม ๑ ครั้ง/สัปดาห์ครั้ง ๔๐ ชั่วโมง  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver นาง ๒๐๙ เบอร์โทร ๐๘๑๙๙๑๒๐ ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง นางสาว ๒๐๙

ว.ค.ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมินสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ญาติที่รับบริการ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
๒๙-๑-๖๕	วัตถุประสงค์ <input type="checkbox"/> อบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input checked="" type="checkbox"/> ทำแผล <input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>๒๐๙</u>		T: <u>๒๖.๕๐</u> , P: <u>๙๐</u> / mins., BP: <u>125/80</u> mmHg. ADL= <u>11</u> TAI..... อาการ <u>ง่วงนอน สับสน ใจได้มึน</u> <u>วิงเวียนศีรษะ ใจได้</u> ... สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	นาง ๒๐๙
๑๑-๓๐	<input checked="" type="checkbox"/> วัตถุประสงค์ <input type="checkbox"/> อบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล <input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>๒๐๙</u>	12-30	T: <u>๒๖.๖๐</u> , P: <u>๙๑</u> / mins., BP: <u>130/80</u> mmHg. ADL= <u>11</u> TAI..... อาการ <u>ง่วงนอน สับสน ใจได้มึน</u> <u>วิงเวียนศีรษะ ใจได้</u> ... สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	นาง ๒๐๙
1๗-๑-๖๕	<input checked="" type="checkbox"/> วัตถุประสงค์ <input type="checkbox"/> อบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล <input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>๒๐๙</u>	11-30	T: <u>๒๖.๖๐</u> , P: <u>๙๑</u> / mins., BP: <u>130/80</u> mmHg. ADL= <u>11</u> TAI..... อาการ <u>ง่วงนอน สับสน ใจได้มึน</u> <u>วิงเวียนศีรษะ ใจได้</u> ... สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	นาง ๒๐๙

รับรองโดย นางสาว ๒๐๙ ..... care manager / พี่เลี้ยง



แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ นพ.ศิริราช ฉบับที่ 3 / น.ศ. / 2565.  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นาย สวัสดิ์ หมายเลขบัตรประชาชน ๙๙๐๓๐๐๓๑๓๕๑๐ อายุ ๕๘ ปี  
 ชื่อ-สกุล ผู้ดูแล นาง สวัสดิ์ LTC กลุ่ม 1 ความถี่ที่ต้องดูแลตามแผน 10 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 40 ชั่วโมง  
 จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) ๑๒๓๔ โรคประจำตัว เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver นาง อรทัย เบอร์โทร ๐๘๐๖๖๖๖๖๖๖ ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง พ.ศ. ทนตรีมา ช.ค.สง.ช.

ว./ต./ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
27.1.65	วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> ภายนอกบ้าน/ กิจกรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อพ..... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>200mg</u>		T:36.5C, P:90/mins, BP:133/79 mmHg. ADL= 11 TAI..... อาการ <u>อ่อนเพลียเล็กน้อย</u> <u>มีประสาทรุนแรง</u> ..... สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	นาง สวัสดิ์ ช.ค.สง.ช.
14.30		15.00 น.		
19.1.65	วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> ภายนอกบ้าน/ กิจกรมบำบัด. <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อพ..... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>200mg</u>		T:36.4C, P:90/mins, BP:135/85 mmHg. ADL= 11 TAI..... อาการ <u>อ่อนเพลียเล็กน้อย</u> ..... สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	นาง สวัสดิ์ ช.ค.สง.ช.
20.1.65				
23.1.65				
26.1.65				
27.1.65				
14.30		15.00 น.		

รับรองโดย นาง สวัสดิ์ ..... care manager / พี่เลี้ยง











แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ บ้านศรัทธา ฉบับที่ 1 วันที่ 5 / พ.อ / 2566

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางสาว กัญญา หมายเลขบัตรประชาชน 7440300177530 อายุ 91 ปี

จำนวนเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) ๑ ๒ ๓ ๔ โรคประจำตัว ไต TAI - LTCกลุ่ม 10 ครั้ง/สัปดาห์ครั้ง ๕๐ ชั่วโมง  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver นาง ศรัทธา นอน เบอร์โทร ๐๙๙๙671๙๐ ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง น.ส. นพ. พิชยา สีแดง

ว/ด/ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบรูยละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
6 พค ๖๖	<input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว		T.H.O.C, P <u>๙๕</u> /mms, BP <u>110/70</u> mmHg.	น.ส. <u>กัญญา</u>
๖ พค ๖๖	<input type="checkbox"/> ทำแผล.....		ADL= <u>11.5</u> TAI.....	
11 พค ๖๖	<input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา		อาการ <u>ปวด/เมื่อยขา มือ/เท้า</u>	น.ส. <u>กัญญา</u>
12 พค ๖๖	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง		.....	
1๖ พค ๖๖	<input type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น		.....	น.ส. <u>กัญญา</u>
1๖ พค ๖๖	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม.....		.....	
1๐ : 30	<input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. ....	11 : ๐๐	สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	น.ส. <u>กัญญา</u>
1๗ พค ๖๖	<input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว		T.H.O.C, P <u>90</u> /mms, BP <u>125/80</u> mmHg.	
24 พค ๖๖	<input type="checkbox"/> ทำแผล.....		ADL= <u>15</u> TAI.....	น.ส. <u>กัญญา</u>
2๕ พค ๖๖	<input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา		อาการ <u>ปวด/เมื่อยขา มือ/เท้า</u>	
30 พค ๖๖	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง		.....	น.ส. <u>กัญญา</u>
31 พค ๖๖	<input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น		.....	
10-30	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม.....	11.00	สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	น.ส. <u>กัญญา</u>
10-30	<input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>ปรับสภาพบ้าน</u> .....		.....	

รับรองโดย น.ส. กัญญา .....care manager / พี่เลี้ยง













แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับที่ 1 วันที่ 6 / 21.01 / 2565  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางสาวอรุณ หมายเลขบัตรประชาชน 144960001679 อายุ 78 ปี  
 ชื่อ-สกุล ผู้ดูแล (ทำเครื่องหมาย ✓) 1 2 3 4 โรคประจำตัว นิ่วในไต โรคประจำตัวอื่น ๆ ไม่มี ครั้ง/สัปดาห์ครั้งละ 40 นาที  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver ..... เบอร์โทร..... ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง น.ส. นภาพร ใจกล้า

ว./ด./ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ /ผู้แทน	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ
6 พ.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> กายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อศพ..... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>สอนญาติ</u>		T.....C, P...../mins., BP...../.....mmHg. ADL=..... TAI..... อาการ <u>อ่อนเพลีย</u> ..... ..... สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แยลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	<u>นางสาวอรุณใจกล้า</u>
08.30	<input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input type="checkbox"/> กายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อศพ..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	<u>09.30</u>	T.....C, P...../mins., BP...../.....mmHg. ADL=..... TAI..... อาการ ..... ..... สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แยลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	<u>นางสาวอรุณใจกล้า</u>

รับรองโดย .....  
 care manager / พี่เลี้ยง

แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ มี.ม. 5207 ฉบับที่ 6 / ม.ร. 2565.  
 หมายเลขบัตรประชาชน 24 03 00172231 อายุ 77 ปี  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางอวย ชู  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver นางอสม นอน เบอร์โทร 0849867120 ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง พี่.ศ. น. พิศิษา ชลน  
 จำนวนเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) 1 2 3 4 โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง 40 ครั้ง/สัปดาห์  
 ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

ว./ต./ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
5 พ.ค. 65	วัตถุประสงค์ <input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การรับยา <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ.....	10:00	T: <u>110</u> / mins., BP: <u>119/80</u> mmHg. ADL = <u>11</u> TAI..... อาการ <u>อ่อนเพลีย</u> สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	หม่อมหลวง..... เอกภัก
09-30	วัตถุประสงค์ <input type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การรับยา <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ.....		T.....C, P...../ mins., BP...../.....mmHg. ADL =..... TAI..... อาการ..... สรุปผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	

รับรองโดย นางศ. น. พิศิษา .....care manager / พี่เลี้ยง

แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ บ้านกัมโลบล ฉบับที่ 6 / พ.ศ. / 2565  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางบุญ ชาติ นอ หมายเลขบัตรประชาชน 344 0300313439 อายุ 84 ปี  
 ชื่อ-สกุล ผู้ดูแล (ทำเครื่องหมาย ✓) คุณหญิง งามใจ นอ โรคประจำตัว เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ครั้งสุดท้ายที่ตรวจ 40 ชั่วโมง  
 ชื่อ-สกุล ผู้ดูแล Care giver นาง อสมาน นอ เบอร์โทรศัพท์ 986 ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง นาง นันทิมา วัฒน

ว./ค./ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
3 ม.ค 65	วัตถุประสงค์ <input type="checkbox"/> อ่อน <input type="checkbox"/> แข็งแรง <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input checked="" type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> กายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>วัดสัญญาณชีพ</u>		T: <u>36.6</u> C: <u>P 89</u> /mins., BP <u>135/ 88</u> mmHg. ADL = <u>11</u> TAI.....	นางบุญ ชาติ
6 พ.ค 65	<input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> กายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ .....			ชาติ นอ
10 ม.ค 65	<input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> กายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ .....			ชาติ นอ
14 ม.ค 65	<input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> กายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ .....			ชาติ นอ
10.30	<input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อ่อน <input type="checkbox"/> แข็งแรง <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> กายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>วัดสัญญาณชีพ</u>	12.30	T: <u>36.7</u> C: <u>P 90</u> /mins., BP <u>136/ 90</u> mmHg. ADL = ..... TAI.....	นางบุญ ชาติ
23 ม.ค 65	<input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> กายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ .....			ชาติ นอ
27 ม.ค 65	<input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> กายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ .....	12.30		ชาติ นอ
10.30	<input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อ่อน <input type="checkbox"/> แข็งแรง <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> กายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ. .... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ .....			ชาติ นอ

รับรองโดย .....  
 ชาติ นอ ..... care manager / พี่เลี้ยง

แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ นิคม 5501 ฉบับที่ 2 วันที่ 6 / 10 / 2565  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นางสาว ใจดี หมายเลขบัตรประชาชน 3440300173530 อายุ 91 ปี  
 จำนวนเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) 1 2 3 4 โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง ความถี่ที่ต้องดูแลตามแผน 10 ครั้ง/สัปดาห์ครั้งต่อ 40 ชั่วโมง  
 ชื่อ-สกุลผู้ดูแล Care giver นางสาว ใจดี เบอร์โทร 0849867120 ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง คุณ นันทิยา ใจดี

ว.ค.ปี/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ /ผู้แทน
5 พ.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว		T: 36.6 C, P: 100 / mins., BP: 130 / 89 mmHg.	นาง ใจดี
6 พ.ค 65	<input type="checkbox"/> ทำแผล.....		ADL = 5 TAI.....	
11 พ.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา		อาการ <u>อ่อนเพลีย</u>	
12 พ.ค 65	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง			
18 พ.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น			
	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม.....			
14.00	<input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อพ.....	15.00		
14 พ.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> วัดสัญญาณชีพ <input type="checkbox"/> อาบน้ำ <input type="checkbox"/> สระผม <input type="checkbox"/> แต่งตัว		T: 36.5 C, P: 89 / mins., BP: 135 / 76 mmHg.	นาง ใจดี
24 พ.ค 65	<input type="checkbox"/> ทำแผล.....		ADL = 5 TAI.....	
25 พ.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> การบริหารยา		อาการ <u>อ่อนเพลีย</u>	
30 พ.ค 65	<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง			
31 พ.ค 65	<input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น			
	<input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม.....			
14.00	<input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อพ.....	15.00		

รับรองโดย นางสาว ใจดี .....care manager / พี่เลี้ยง

แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุตามแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) สถานบริการ วิฑูริย์ ฉบับที่ 1 วันที่ 6 / ๙ / ๒๕๖๕  
 ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ นาง อรุณรัตน์ หมายเลขบัตรประชาชน ๙๙๐๓๐๐๓๐๕๔๕๒ อายุ ๖๘ ปี  
 ชื่อ-สกุล ผู้ดูแล Care giver นาง อรุณรัตน์ เบอร์โทร ๐๘๒๙๖๖๒๐ ชื่อ Care Manager/ พี่เลี้ยง นางสาว อรุณรัตน์  
 โรคประจำตัว ๑ ๒ ๓ ๔ โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจล้มเหลว  
 จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่ม (ทำเครื่องหมาย ✓) ๑ ๒ ๓ ๔ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจล้มเหลว

ว.ด.ป/ เวลาที่เริ่ม ให้บริการ	กิจกรรมการดูแล ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	เวลาที่สิ้นสุดการ ให้บริการแต่ละครั้ง	ผลการประเมิน/สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ญาติที่รับบริการ	ลายมือชื่อผู้สูงอายุ/ ญาติที่รับบริการ
๑๖-๑๒-๖๕	วัตถุประสงค์ <input type="checkbox"/> อารมณ์ <input type="checkbox"/> สุขภาพ <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input checked="" type="checkbox"/> ทำแผล..... <input checked="" type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ..... <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>สอนขับรถยนต์</u> .....	14.30	T <u>๙๙-๐๓-๐๐</u> / mins., BP <u>125/99</u> mmHg. ADL = <u>11</u> ..... TAI..... อาการ <u>ซึมเศร้า</u> <u>ซึมเศร้า</u> สรุผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แยลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	HD ๐๐๗๕๖ น. ๙๒๑๕๗
15.30	วัตถุประสงค์ <input type="checkbox"/> อารมณ์ <input type="checkbox"/> สุขภาพ <input type="checkbox"/> แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำแผล..... <input type="checkbox"/> รับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การบริหารยา <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> การให้อาหารทางสายยาง <input type="checkbox"/> ดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์/ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ปรับสภาพบ้าน/จัดสิ่งแวดล้อม..... <input type="checkbox"/> การประสานส่งต่อรพ..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....		T.....C, P...../mins., BP...../.....mmHg. ADL=..... TAI..... อาการ..... สรุผล <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงสภาพ <input type="checkbox"/> แยลง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	

รับรองโดย นางสาว อรุณรัตน์ .....care manager / พี่เลี้ยง