

ข้อมูลประวัติผู้สูงอายุ
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

รูปถ่าย

เลขทะเบียน.....
รับเมื่อวันที่ (วัน/เดือน/ปี).....
ประเภทผู้ให้บริการ.....อาคาร.....

ประวัติส่วนตัว

ชื่อ.....นามสกุล.....

วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

สถานภาพการสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย

ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด.....

ความสามารถในการอ่านเขียน อ่านออก เขียนได้ อ่านออก เขียนไม่ได้ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้

งานอดิเรก / สิ่งที่น่าสนใจ / ความสามารถพิเศษ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สวดมนต์ | <input type="checkbox"/> อ่านหนังสือ | <input type="checkbox"/> วาดภาพ | <input type="checkbox"/> งานหัตถกรรม |
| <input type="checkbox"/> เลี้ยงสัตว์ | <input type="checkbox"/> ปลูกต้นไม้ | <input type="checkbox"/> ฟังเพลง | <input type="checkbox"/> ร้องเพลง |
| <input type="checkbox"/> เล่นดนตรี | <input type="checkbox"/> เต้นรำ | <input type="checkbox"/> เล่นกีฬา | <input type="checkbox"/> ทำอาหาร |
| <input type="checkbox"/> ท่องเที่ยว | <input type="checkbox"/> นอนหลับ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | |

ภูมิลำเนาเดิม : เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน : เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

อาชีพเดิม รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ รับจ้าง / ลูกจ้าง

ธุรกิจ / ค้าขาย ไม่มีงานทำ

เกษตรกร / ประมง อื่น ๆ โปรดระบุ.....

รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 1,500 บาท 1,500 – 5,000 บาท

5,001 – 10,000 บาท 10,001 – 20,000 บาท

มากกว่า 20,000 บาท ไม่มีข้อมูล

สิทธิการรักษาพยาบาล ข้าราชการ / เบิกได้ ประกันสังคม

บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีข้อมูล

บุคลิกลักษณะทั่วไป

- ไบหน้า (ระบุ).....
- สีผิว (ระบุ).....
- ท่าหนิ (ไฝ , ปาน , แผลเป็น , รอยสัก).....
-
- การพูดจาโต้ตอบ (ระบุ)
- ท่าทาง (ระบุ).....
- สภาพความพิการ (ระบุ).....
- กรณีที่มีลักษณะความพิการซ้ำซ้อน(ระบุลักษณะความพิการ).....
-

ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน

- ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ ช่วยตัวเองไม่ได้

สภาพปัญหา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน รายได้น้อยไม่เพียงพอแก่การครองชีพ
- ไม่มีงานทำ ไม่มีอาชีพ ขาดผู้อุปการะ
- ไม่มีที่อยู่อาศัย อยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข
- อื่น ๆ (ระบุ).....
-

วิธีการติดต่อเข้ารับบริการ

- ติดต่อด้วยตนเอง
- หน่วยงานนำส่ง (ระบุ)

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา..... ชื่อมารดา.....

จำนวนพี่น้อง.....คน ผู้ใช้บริการเป็นบุตรลำดับที่.....

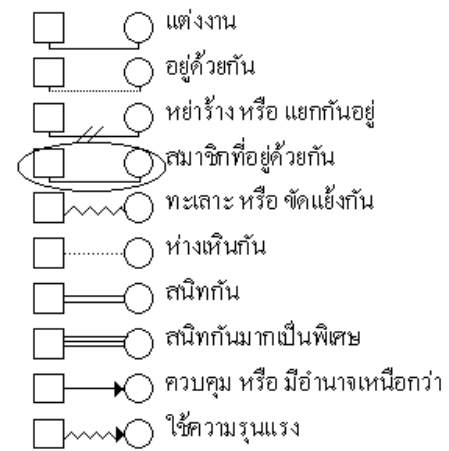
ชื่อคู่สมรส.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

รายได้.....บาท/(เดือน,วัน) ที่อยู่.....

.....

โทรศัพท์.....

แผนผังครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว



Life Line

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a drawing or writing. It occupies most of the page below the title.

ข้อเท็จจริงจากการเยี่ยมบ้านผู้ใช้บริการ

เยี่ยมบ้านเมื่อวันที่ โดย.....

สภาพครอบครัว.....

.....

.....

ความสัมพันธ์ในครอบครัว.....

.....

ลักษณะบ้านหรือที่อยู่อาศัย.....

.....

สิทธิการครอบครอง.....

สภาพภายในที่อยู่อาศัย.....

.....

สภาพแวดล้อม.....

.....

การครองชีพ.....

.....

ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

.....

ไม่ได้เยี่ยมบ้าน เนื่องจาก

.....

❖ ความคิดเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงวันที่

การรับทราบกฎระเบียบของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ระเบียบปฏิบัติของผู้ใช้บริการ

1. ปฏิบัติตามคำสั่งและระเบียบที่กำหนดขึ้นใน ศพส.บ้านบางแค
2. ยกเลิกสิทธิการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการ เพื่อไม่ให้เกิดการทับซ้อนสิทธิการให้ความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ
3. แต่งกายให้สุภาพเรียบร้อย
4. รักษาความสามัคคีในหมู่คณะ ไม่ทะเลาะวิวาทหรือชกชวน ยุยง ส่งเสริม ให้ผู้ใดกระทำความผิดหรือฝ่าฝืนต่อระเบียบของ ศพส.บ้านบางแค
5. ปฏิบัติตนอยู่ในศีลธรรมอันดีงาม
6. ช่วยดูแลรักษาทรัพย์สินของทางราชการให้อยู่ในสภาพเรียบร้อยและใช้โดยประหยัด
7. เข้าร่วมกิจกรรมตามที่ ศพส.บ้านบางแค จัดให้ตามความเหมาะสม
8. ห้ามมีพฤติกรรมอันที่ชั่วช้า หรือมีความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างผู้ให้บริการ
9. ห้ามทะเลาะวิวาทหรือทำร้ายร่างกายผู้อื่น
10. ห้ามนำบุคคลภายนอกเข้ามาค้างแรมในศูนย์ฯ และห้ามผู้ให้บริการไปค้างแรมที่อื่น เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์ฯ หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
11. ห้ามกระทำการใด ๆ ซึ่งก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
12. ห้ามมีสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ในครอบครอง
 - เฮโรอีน ฝิ่น กัญชา ทินเนอร์ ยาอันตราย หรือสิ่งเสพติดต่าง ๆ
 - สุรา หรือเครื่องดองของเมา
 - อุปกรณ์การพนัน อาวุธ หรือของมีคมทุกชนิด หรือสิ่งที่ใช้เป็นอาวุธได้
 - วัตถุระเบิด หรือเชื้อเพลิง
 - สิ่งของอื่น ๆ ซึ่งผู้อำนวยการศูนย์ฯ กำหนดและประกาศเพิ่มขึ้น
13. ห้ามเล่นการพนันทุกชนิด
14. ห้ามลักทรัพย์หรือขโมยสิ่งของของผู้อื่น
15. ห้ามสูบบุหรี่ หรือจูดรูปเทียนบูชาพระในเรือนนอน
16. ห้ามเสพสุราหรือของมีเมาทุกชนิดในบริเวณ ศพส.บ้านบางแค
17. ห้ามนำสัตว์ทุกชนิดมาเลี้ยงในบริเวณ ศพส.บ้านบางแค
18. ห้ามนำอาหารไปรับประทานนอกห้องอาหาร ยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับอนุญาตแล้ว
19. ห้ามหยิบสิ่งของที่ไม่ใช่ของตัวเองหรือของส่วนตัวมาใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต
20. ห้ามทำลายทรัพย์สินของทางราชการ

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
 เข้ารับบริการประเภท.....อาคาร.....ตั้งแต่วันที่.....
 เลขทะเบียน.....มีความยินยอมเข้ารับบริการภายใน ศพส.บ้านบางแค และได้รับทราบ
 กฎระเบียบในการปฏิบัติตนขณะอยู่ในศูนย์ฯ เป็นที่เรียบร้อยแล้วจากเจ้าหน้าที่

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบอย่างเคร่งครัด หากข้าพเจ้าฝ่าฝืนหรือ
 ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ไม่ว่าจะเรื่องใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้ศูนย์ฯ พิจารณาความผิดตามความเหมาะสมต่อไป
 และขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ผู้สูงอายุ

ลงชื่อ.....
 (.....)
 เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....
 (.....)
 เจ้าหน้าที่

แบบสำรวจทรัพย์สิน (แรกเข้ารับบริการ)
ผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ด้วยเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. คณะกรรมการสำรวจทรัพย์สิน

ได้ทำการสำรวจทรัพย์สินผู้สูงอายุ ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี

ผู้ให้บริการประเภท อาคาร

เลขทะเบียน ดังมีรายการต่อไปนี้

ที่	รายการทรัพย์สินและเอกสารสำคัญต่าง ๆ	จำนวน	การดำเนินงาน

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในการสำรวจทรัพย์สิน ทำการสำรวจทรัพย์สินก่อนเข้าใช้บริการ ซึ่งข้าพเจ้าได้รับทราบการดำเนินการกับทรัพย์สินของข้าพเจ้างดรายการข้างต้นแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....ผู้สูงอายุ

ลงชื่อ.....ญาติ/เจ้าหน้าที่นำส่ง (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ

ลงชื่อ.....คณะกรรมการ

แบบมอบอำนาจการปกครองและรักษาพยาบาล

เขียนที่...ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค..
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้สูงอายุขอให้คำมั่นสัญญาว่า
ข้าพเจ้าไม่สามารถให้ความอุปการะนาย/นาง/นางสาว.....
ได้เนื่องจาก.....จึงขอมอบให้ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการ
จัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค หรือผู้แทน เป็นผู้ให้ความอุปการะหรือดำเนินการรักษาพยาบาลสุขภาพ
และร่างกายของผู้สูงอายุในด้านการแพทย์แทนข้าพเจ้าได้ทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะไม่เรียกร้องสิทธิที่อาจจะเกิดหรืออาจมีขึ้นทุกประการ จึงลงลายมือชื่อ
ไว้เป็นหลักฐานในใบมอบอำนาจนี้

ลงชื่อ.....(บุตร/ญาติผู้สูงอายุ)
(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)
(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)
(.....)

หมายเหตุ กรณีที่มีบุตร/สามี/ภรรยา/ญาติมาติดต่อ

หนังสือมอบอำนาจการจัดการศพตามประเพณี

เขียนที่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค..
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในความอุปการะของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

โดยถือบัตร บัตรประจำตัวประชาชน หมายเลขบัตร.....

บัตรประจำตัวคนพิการ หมายเลขบัตร.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอแจ้งความประสงค์ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรม หากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคไม่สามารถติดต่อญาติหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าเพื่อรับศพไปดำเนินพิธีกรรมทางศาสนาได้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ในฐานะหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งเป็นผู้ให้การอุปการะข้าพเจ้า ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณี ต่อไป

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....

แบบประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ (ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ) รายบุคคล

วันที่ประเมิน (วัน เดือน ปี).....

ส่วนที่ 1	สุขภาพร่างกาย
-----------	---------------

❖ วัดจากประวัติสุขภาพ / อาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

ลักษณะอาการ / โรคที่เป็น	ไม่เคย (0)	เคยเป็นแต่ปัจจุบัน หายแล้ว (1)	เป็นอยู่ปัจจุบัน (2)
1) ต่อมาน้ำตาอักเสบ			
2) ต้อกระจก			
3) ต้อเนื้อ			
4) ต้อลม			
5) ต้อหิน			
6) ความดันในลูกตาสูง			
7) ไข้หวัด			
8) เสียงแหบ เจ็บคอ			
9) ข้อเสื่อม / เกาต์ / RAปวดข้อ			
10) ภาวะอาหารอวกเสบ			
11) โรคไต			
12) ตับแข็ง			
13) ท้องผูก			
14) นิ่วในถุงน้ำดี			
15) โรคปอด			
16) หลอดลมอักเสบ			
17) ถุงลมโป่งพอง			
18) หอบหืด			
19) โรคหัวใจ			
20) ไขมันในหลอดเลือดสูง			
21) ความดันโลหิตสูง			
22) ซาปลายประสาท			
23) ต่อมลูกหมากโต			
24) เบาหวาน			
25) แผลกดทับ			
26) ภูมิแพ้			
27) มะเร็ง			
28) โรคกระดูก			
29) วัณโรค			
30) สมองเสื่อม โรคหลงลืม			

ลักษณะอาการ / โรคที่เป็น	ไม่เคย (0)	เคยเป็นแต่ปัจจุบัน หายแล้ว (1)	เป็นอยู่ปัจจุบัน (2)
31) อัมพาต / อัมพฤกษ์			
32) โรคอื่น ๆ (ระบุ).....			

รวมคะแนน

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน มากกว่า 40 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้มีอาการเจ็บป่วยในระดับสูง คะแนน มากกว่า 20 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้มีอาการเจ็บป่วยในระดับปานกลาง คะแนน ต่ำกว่า 20 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้มีอาการเจ็บป่วยในระดับต่ำ
------------------------	--

- การตรวจสุขภาพประจำปี ไม่เคย เคยตรวจ ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
- ยาที่รับประทานเป็นประจำ คือ
- ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร
- อาหารรสใดที่ผู้สูงอายุชอบรับประทาน รสเค็ม รสหวาน รสเผ็ด
 รสเปรี้ยว รสจืด รสจัด
- ผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือใดบ้าง
 ไม่ได้ใช้
 ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 แวนตา เครื่องช่วยฟัง
 ไม้เท้า รถเข็น
 ไม้เท้าสามขา ไม้เท้าช่วยเดิน
 อื่น ๆ (ระบุ)
- การออกกำลังกาย ไม่ออกกำลังกาย ออกกำลังกาย (ระบุ).....
- ความถี่ในการออกกำลังกาย
 น้อยกว่า 3 วัน / สัปดาห์
 มากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน / สัปดาห์
 ไม่สม่ำเสมอ
- ผู้สูงอายุสูบบุหรี่ / ยาเส้น / ยาฉุน หรือไม่
 ไม่สูบ สูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว
- ผู้สูงอายุดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ น้ำตาลเมา (กระแช่) หรือไม่
 ไม่ดื่ม ดื่ม เคยดื่มแต่เลิกแล้ว

❖ วัดจากระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้ Barthel Activities of Daily Living : ADL

- (1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
- 0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - 1 คะแนน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
 - 2 คะแนน ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
- (2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
- 0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
- (3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
- 0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงช่วยพยุง
 - 2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3 คะแนน ทำได้เอง
- (4) การใช้ห้องน้ำ
- 0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
- (5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
- 0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนมาไหนไม่ได้
 - 1 คะแนน ใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 - 2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
- (6) การสวมใส่เสื้อผ้า
- 0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
 - 1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 - 2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
- (7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- 0 คะแนน ไม่สามารถทำได้
 - 1 คะแนน ต้องการคนช่วย
 - 2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

(8) การอาบน้ำ

- 0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1 คะแนน อาบน้ำได้เอง

(9) การกลั่นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือต้องการ การสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ

(10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)
- 2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ

รวมคะแนน	
----------	--

หมายเหตุ คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน

1. เป็นการวัดผู้สูงอายุว่าทำอะไรได้บ้าง ต้องทำได้จริง ๆ ไม่ใช่แค่สามารถทำได้
2. กิจกรรมที่ทำได้ ต้องไม่มีคนคอยดูแล หรือเฝ้าระวัง
3. กิจกรรมที่วัดเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะ 24-28 ชั่วโมง
4. ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ทั้งหมด
5. การจัดแบ่งกลุ่ม : โดยนำคะแนนที่ได้มารวมกันและจัดแบ่งตามเกณฑ์ ดังนี้
 - A = 12 – 20 คะแนน ให้การดูแลระดับเบา อยู่ในภาวะ การพึ่งพาศูนย์อื่นต่ำ
 - B = 9 – 11 คะแนน ให้การดูแลอย่างพอประมาณ อยู่ในภาวะ การพึ่งพาศูนย์อื่นปานกลาง
 - C = 0 – 8 คะแนน ให้การดูแลทั้งหมดหรืออย่างใกล้ชิด อยู่ในภาวะ การพึ่งพาศูนย์อื่นสูง

ที่มา : เครื่องมือประเมินสมรรถภาพในชีวิตปฏิบัติ : ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) จากสถาบัน
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2548 การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา

ส่วนที่ 2	สุขภาวะทางจิต
-----------	---------------

❖ วัดจากการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้สูงอายุมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ (อาจเป็นอาการที่ผู้สัมภาษณ์หรือเจ้าหน้าที่สังเกตได้)

ข้อคำถาม	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)
1) มีอารมณ์ซึมเศร้าหรือท้อแท้ใจ		
2) ขาดความสนใจ หรือไม่มีความสุขในสิ่งต่าง ๆ ที่เคยชอบหรือทำอยู่เป็นประจำ		
3) น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเกินกว่า 2 กิโลกรัม (ไม่เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก)		
4) ในช่วงเวลากลางคืนนอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป (ไม่เกี่ยวกับการทานยาหรือการนอนกลางวันมากเกินไป)		
5) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เชื่องช้า		
6) รู้สึกกระวนกระวาย นั่งไม่ติด		
7) รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หรือรู้สึกผิด และโทษตัวเอง		
8) ไม่มีสมาธิในการทำงาน หรือหมกมุ่นกับความคิดของตนเอง		
9) คิดอยากตาย มีแผนการที่จะทำ หรือเคยฆ่าตัวตาย		

รวมคะแนน	
----------	--

เกณฑ์การประเมิน	ถ้าตอบใช่ มากกว่า 5 ข้อ แสดงว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
-----------------	---

❖ วัดจากการประเมินภาวะของสมอง ตามแบบทดสอบสมองเบื้องต้นเป็นภาษาไทย MMSE – Thai 2002

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความและให้ผู้ถูกทดสอบบันทึกคำตอบในช่องว่าง และให้คะแนนตามที่กำหนดไว้ในแต่ละข้อ
ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

	บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (เขียนคำตอบทั้งที่ถูกและผิด)	คะแนน
1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้วันที่เท่าไร	<input type="checkbox"/>
1.2 วันนี้วันอะไร	<input type="checkbox"/>
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร	<input type="checkbox"/>
1.4 ปีนี้ปีอะไร	<input type="checkbox"/>
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร	<input type="checkbox"/>

2. Orientation for place (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร
- 2.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร
- 2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร
- 2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.5 ที่นี้ภาคอะไร

3. Registration (3 คะแนน : ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ จะบอกชื่อของ 3 อย่าง ตั้งใจฟังเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่บอกซ้ำอีก เมื่อพูดจบแล้วให้พูดทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ และพยายามจำไว้ให้ดีเพราะจะถามซ้ำอีก การบอกชื่อแต่ละครั้งให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที และต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

4. Attention or Calculation ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง (5 คะแนน)

ข้อนี้เป็นกรคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ ให้ถามผู้สูงอายุว่า “คิดเลขในใจเป็นหรือไม่” ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 คิดเลขในใจโดยเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไร

.....

(บันทึกตัวเลขไว้ทุกครั้ง ทั้งที่ตอบถูก และที่ตอบผิด ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1 , 2 หรือ 3 ครั้ง แล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ได้ ไม่ต้องย้ายทำข้อ 4.2)

4.2 จะสะกดคำว่า มะนาว ให้ฟัง แล้วให้สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปหาตัวแรก คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่่า – สระอะ – นอหนู – สระอา – วอแหวน และให้สะกดถอยหลังให้ฟัง

.....

5. Recall : ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่าง ที่ให้จำไว้แล้ว (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

6. Naming : ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น (2 คะแนน)

ยื่นดินสอให้ผู้ทดสอบดู แล้วถามว่า “ของสิ่งนี้คืออะไร”

ยื่นนาฬิกาข้อมือให้ผู้ทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้คืออะไร”

7. Repetition : ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (1 คะแนน)

ตั้งใจฟังเมื่อพูดข้อความนี้ แล้วให้บอกเพียงครั้งเดียว

“ใครใครขายไข่ไก่”

8. Verbal command : ทดสอบการเข้าใจความหมาย และทำตามคำสั่ง (3 คะแนน)

ตั้งใจฟังดีๆ นะ จะส่งกระดาษให้ แล้วให้รับด้วยมือขวา พับครึ่งแล้ววางไว้ที่ (พื้น โต๊ะ เติง)

ผู้ทดสอบส่งกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือ 2 ข้าง วางไว้ที่ ... (พื้น โต๊ะ เติง)

9. Written command : ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เป็นตัวหนังสือ ต้องการให้อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

หลับตาได้

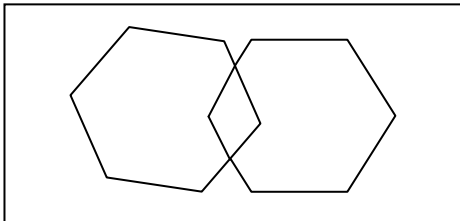
10. Writing : ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

ให้เขียนข้อความอะไรก็ได้ ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมาย 1 ประโยค

ประโยคที่มีความหมาย

11. Visual construction : ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (1 คะแนน)

ให้วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง



รวมคะแนน

เกณฑ์การประเมิน

จุดตัด (Cut-Off point) สำหรับคะแนนที่ส่งสัยภาวะสมองเสื่อม

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านหนังสือไม่ออก เขียนไม่ได้)	< 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10)
เรียนจบระดับประถมศึกษา	< 17	30
เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	< 22	30

ส่วนที่ 3	สุขภาพทางสังคม
-----------	----------------

❖ วัดจากสัมพันธภาพรอบข้างผู้สูงอายุ และความช่วยเหลือจากเครือข่าย

➤ สัมพันธภาพรอบข้างของท่าน มีการปฏิบัติต่อกันดังต่อไปนี้หรือไม่

สัมพันธภาพรอบข้างผู้สูงอายุ	ระดับการปฏิบัติ		
	ทำเป็นประจำ (2)	ทำนาน ๆ ครั้ง (1)	ไม่เคยทำเลย (0)
1) แสดงความรักและความห่วงใยกันเสมอ			
2) สนใจเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน			
3) พุดจาถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน			
4) ต่างก็มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ			
5) รับฟังคำตักเตือนของกันและกัน			
6) ใช้เวลาส่วนใหญ่ทำกิจกรรมร่วมกัน (ดูทีวี, ฟังวิทยุ, อ่านหนังสือ)			
7) สามารถพูดความลับให้กันฟังได้			
8) ไว้วางใจซึ่งกันและกัน			
9) ปรึกษาหารือกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น หรือก่อนตัดสินใจใดๆ			
10) ช่วยเหลือกันเมื่อใครคนใดคนหนึ่งเดือดร้อน			

รวมคะแนน	
----------	--

เกณฑ์การประเมิน	คะแนนสูงกว่า 10 คะแนน ถือว่ามีสัมพันธภาพระดับดี
-----------------	---

➤ เครือข่ายทางสังคมและการเกื้อกูล ในเรื่องการสนับสนุนจากเครือข่าย

ประเภทของเครือข่าย	ชนิดของความช่วยเหลือ				ไม่ได้รับ (0)
	ปรึกษา/แนะนำ (1)	กำลังใจ (2)	สิ่งของ/เงิน (3)	ข้อมูลข่าวสาร (4)	
1. สมาชิกในครอบครัว					
<input type="checkbox"/> 1.1 คู่สมรส (สามี/ภรรยา)					
<input type="checkbox"/> 1.2 บุตร (คู่สมรสของบุตร)					
<input type="checkbox"/> 1.3 หลาน (คู่สมรสของหลาน)					
2. เครือญาติ					
3. เพื่อน / เพื่อนบ้าน					
<input type="checkbox"/> 3.1 เพื่อน					
<input type="checkbox"/> 3.2 เพื่อนบ้าน					

ประเภทของเครือข่าย	ชนิดของความช่วยเหลือ				ไม่ได้รับ (0)
	ปรึกษา/แนะนำ (1)	กำลังใจ (2)	สิ่งของ/เงิน (3)	ข้อมูลข่าวสาร (4)	
4. วิชาชีพต่าง ๆ					
<input type="checkbox"/> 4.1 หมอ					
<input type="checkbox"/> 4.2 พยาบาล					
<input type="checkbox"/> 4.3 นักกายภาพบำบัด					
<input type="checkbox"/> 4.4 นักพัฒนาชุมชน					
<input type="checkbox"/> 4.5 นักสังคมสงเคราะห์					
<input type="checkbox"/> 4.6 นักจิตวิทยา					
<input type="checkbox"/> 4.7 เจ้าหน้าที่อาสาสมัคร					
<input type="checkbox"/> 4.8 เจ้าหน้าที่โภชนาการ					
<input type="checkbox"/> 4.9 ผู้ดูแล / พี่เลี้ยง					
<input type="checkbox"/> 4.10 อื่น ๆ ระบุ.....					
5. หน่วยงาน / องค์กร					
<input type="checkbox"/> 5.1 อบต./เทศบาล/เขตพื้นที่					
<input type="checkbox"/> 5.2 สนง.พมจ.					
<input type="checkbox"/> 5.3 โรงพยาบาล					
<input type="checkbox"/> 5.4 สถาบันการศึกษา					
<input type="checkbox"/> 5.5 มูลนิธิฯ					
<input type="checkbox"/> 5.6 วัด					
<input type="checkbox"/> 5.7 อื่น ๆ ระบุ.....					

รวมคะแนน

เกณฑ์การประเมิน คะแนน มากกว่า 60 คะแนน แสดงว่าได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายในระดับสูง
 คะแนน มากกว่า 30 คะแนน แสดงว่าได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายในระดับปานกลาง
 คะแนน ต่ำกว่า 30 คะแนน แสดงว่าได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายในระดับต่ำ

❖ วัดจากความต้องการในเรื่องต่าง ๆ

ความต้องการ	ต้องการในระดับ					
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่ต้องการ (0)
1. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย						
2. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะอาการของโรค						
3. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโรค						
4. ความรู้ในด้านการดูแลตัวเอง						
5. สิ่งอำนวยความสะดวก						
6. อุปกรณ์ที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม						
7. แหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ						
8. มีผู้มาเยี่ยมเยียนที่อาคารพัก						
9. ต้องการให้เข้าถึงโรงพยาบาลได้รวดเร็ว						
10. ต้องการให้คนในบ้านบางแควมาช่วยเหลือกัน						
11. ต้องการให้มีกติกากในการดูแลกันและกัน						
12. อื่น ๆ ระบุ.....						

รวมคะแนน

เกณฑ์การประเมิน

คะแนนเกิน 28 คะแนน ถือว่ามีความต้องการในระดับมาก

ส่วนที่ 4	สุขภาวะทางจิตวิญญาณ
-----------	---------------------

❖ วัดจากการเห็นคุณค่าในตัวเอง

ข้อความ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น					
2. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคุณค่ายังมีข้อดีอยู่หลายประการ					
3. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคุณค่าไม่ค่อยมีอะไรที่น่าภูมิใจ					
4. ข้าพเจ้าคิดว่าโลกนี้ยังมีอะไรน่าทำอีกมากมาย					
5. ข้าพเจ้ามีความสุขในการอยู่กับผู้อื่น					
6. เมื่ออายุมากขึ้นข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจมากกว่าที่เคยคิดไว้					
7. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาของข้าพเจ้าไม่มีอะไรดีเลย					
8. ข้าพเจ้าได้วางแผนชีวิตไว้ในบ้านปลาย					
9. ข้าพเจ้ามีความภูมิใจในตัวเอง					

รวมคะแนน	
----------	--

เกณฑ์การประเมิน	คะแนนเกิน 36 คะแนน ถือว่ามีสุขภาพจิตวิญญาณระดับดี
-----------------	---

สรุปแบบประเมินสถานะผู้สูงอายุ (ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ)

ที่	การประเมินในแต่ละด้าน	ผลการประเมิน
1.	สุขภาวะทางกาย - วัดจากประวัติสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> ระดับสูง <input type="checkbox"/> ระดับปานกลาง <input type="checkbox"/> ระดับต่ำ
	- วัดจากระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้ Barthel ADL Index	<input type="checkbox"/> อยู่ในกลุ่ม A มีภาวะการพึ่งพาคือคนอื่นต่ำ <input type="checkbox"/> อยู่ในกลุ่ม B มีภาวะการพึ่งพาคือคนอื่นปานกลาง <input type="checkbox"/> อยู่ในกลุ่ม C มีภาวะการพึ่งพาคือคนอื่นสูง
2.	สุขภาวะทางจิตใจและอารมณ์ - วัดจากการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> มีภาวะซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า
	- วัดจากการประเมินภาวะของสมองตามแบบทดสอบสมองเบื้องต้นเป็นภาษาไทย MMSE – Thai 2002	<input type="checkbox"/> มีภาวะสมองเสื่อม <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะสมองเสื่อม
3.	สุขภาวะทางสังคม - วัดจากสัมพันธภาพรอบตัวผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> สัมพันธภาพดี <input type="checkbox"/> สัมพันธภาพไม่ดี
	- วัดจากการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่าย	<input type="checkbox"/> ระดับสูง <input type="checkbox"/> ระดับปานกลาง <input type="checkbox"/> ระดับต่ำ
	- วัดจากความต้องการในเรื่องต่าง ๆ	<input type="checkbox"/> ระดับน้อย <input type="checkbox"/> ระดับมาก
4.	สุขภาวะทางจิตวิญญาณ - วัดจากการเห็นคุณค่าในตัวเอง	<input type="checkbox"/> ระดับน้อย <input type="checkbox"/> ระดับมาก

(.....)

ผู้ประเมิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับ	สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ (ระบุรายละเอียด)	วิธีการช่วยเหลือ	จำนวนครั้งหรือ ความถี่การ ช่วยเหลือ	ระยะเวลา ช่วยเหลือ เริ่ม - สิ้นสุด	ผู้รับผิดชอบ		ผลการช่วยเหลือ	แผนการช่วยเหลือ ขั้นต่อไป (ถ้ามี)
					หลัก	ร่วม		
9							วันที่..... (ระบุรายละเอียด)	

ลงชื่อ

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ

(.....)

นักสังคมสงเคราะห์

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หนังสือแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต

เขียนที่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค..

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้ ได้ถูกเขียนขึ้นโดยอ้างอิงตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” โดยมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

อายุ.....ปี หมายเลขบัตรประชาชน..... ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือทรมานจากการเจ็บป่วยหรือ ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งไม่อาจรักษาให้หายได้ ข้าพเจ้าต้องการเสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จวบจนวาระสุดท้าย โดยต้องการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในกรณีที่โรคดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย และข้าพเจ้าไม่สามารถสื่อสารได้ ดังนี้

➤ ต้องการ ไม่ต้องการ จากไปอย่างสงบ ไม่ยืดชีวิต ไม่เร่งการตาย

➤ ต้องการ ไม่ต้องการ การปั๊มหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ กรณีหัวใจหยุดเต้น

โดยมอบหมายให้ นาย/นาง/นางสาว.....เจ้าหน้าที่

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ที่นำส่งเป็นผู้แจ้งเจตจำนงกับแพทย์ผู้ให้การรักษาแทนข้าพเจ้า

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

แบบสำรวจทรัพย์สิน (สิ้นสุดการรับบริการ)
ผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ด้วยเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. คณะกรรมการสำรวจทรัพย์สิน
 ได้ทำการสำรวจทรัพย์สินผู้สูงอายุ ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี
 ผู้ใช้บริการประเภท อาคาร
 เลขทะเบียน เนื่องจาก ถึงแก่กรรม ลาออก ลาเกินกำหนด
 ดังมีรายการต่อไปนี้

ที่	รายการทรัพย์สินและเอกสารสำคัญต่าง ๆ	จำนวน	การดำเนินงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ..... ญาติผู้สูงอายุ (ถ้ามี)

ลงชื่อ..... คณะกรรมการ

ลงชื่อ..... คณะกรรมการ

ลงชื่อ..... คณะกรรมการ

การจำหน่าย

วัน เดือน ปี	สาเหตุ	การดำเนินการของ ศพส.	หมายเหตุ

การติดตาม เมื่อผู้สูงอายุ พ้นจาก ศพส.บ้านบางแค (กรณีลาออก บุตร/ญาติรับไปอุปการะ)

วัน เดือน ปี	วิธีการติดตามผล	สภาพของผู้สูงอายุ / ครอบครัว	ความคิดเห็นของ นักสังคมสงเคราะห์	หมายเหตุ

