



แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ

เลขที่

ผู้ดำเนินงานที่ให้บริการคัดกรอง.....

วันที่ตรวจ.....เดือน..... พ.ศ.

ข้อมูลทั่วไป

เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก) □□□□□□□□□□□□□□□□

ชื่อ นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล

วันเดือนปี(เกิด)วันที่.....เดือน..... พ.ศ. อายุ..... ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน ซอย ถนน.....แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ

1. ประวัติส่วนบุคคล

เพศ

ชาย หญิง

การศึกษา

ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา ปริญญาตรี/สูงกว่า
 ไม่ได้เรียน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท/เดือน

ค่าใช้จ่ายต่อเดือน

พอเพียง ไม่พอเพียง
 เป็นหนี้ เหลือเก็บ

ลักษณะงาน

ทำงานกลางแจ้ง
 นั่งกับโต๊ะ
 เคลื่อนไหว เดินไปมาบ้างเล็กน้อย
 เคลื่อนไหว เดินไปมาส่วนใหญ่
 อื่นๆ ระบุ.....

2. ครอบครัว/ประวัติ

บิดา

- โรคเบาหวาน มี ไม่มี ไม่ทราบ
- ความดันโลหิตสูง มี ไม่มี ไม่ทราบ
- โรคหัวใจหลอดเลือด มี ไม่มี ไม่ทราบ

มารดา

- โรคเบาหวาน มี ไม่มี ไม่ทราบ
- ความดันโลหิตสูง มี ไม่มี ไม่ทราบ
- โรคหัวใจหลอดเลือด มี ไม่มี ไม่ทราบ

พี่น้อง(ร่วมบิดามารดาหรือร่วมบิดาหรือมารดา)

- โรคเบาหวาน มี ไม่มี ไม่ทราบ
- ความดันโลหิตสูง มี ไม่มี ไม่ทราบ
- โรคหัวใจหลอดเลือด มี ไม่มี ไม่ทราบ

3. พฤติกรรมเสี่ยง/สุขภาพ

ท่านมีปัญหา/กิจกรรม

- ตรวจสุขภาพประจำปี มี ไม่มี ไม่ทราบ
- อ้วนในวัยเด็ก มี ไม่มี ไม่ทราบ
- โรคเบาหวาน มี ไม่มี ไม่ทราบ
- ความดันโลหิตสูง มี ไม่มี ไม่ทราบ
- โรคหัวใจและหลอดเลือด มี ไม่มี ไม่ทราบ
- โรคตับ มี ไม่มี ไม่ทราบ

กรณีมีโรคดังกล่าวท่านรักษา

- สม่าเสมอตามแพทย์นัด ไม่แน่นอน
- หายแล้ว อื่น ๆ ระบุ

4. การออกกำลังกาย

- ออกกำลัง ไม่ได้ออกกำลังกาย

ถ้าออกกำลังกาย

ความถี่

- ทุกวัน
- < 2 ครั้ง/สัปดาห์
- ไม่แน่นอน

เวลานาน

- < 30 นาที/ครั้ง
- ≥ 30 นาที/ครั้ง
- ไม่แน่นอน

ประเภทการออกกำลังกาย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- วิ่ง
- เดิน
- เล่นกีฬา ระบุ

5. การบริโภคอาหาร

แหล่งอาหาร ส่วนใหญ่

- ทำกินเอง ซื้อสำเร็จรูป
- ทั้งสองอย่าง

ประเภทอาหาร

ไขมัน,เนื้อสัตว์ติดมัน

- ทุกวัน นานๆครั้ง (1 ครั้ง / สัปดาห์)
- บางวัน (2-3 ครั้ง / สัปดาห์) อื่นๆ ระบุ

แกงกะทิ

- ทุกวัน นานๆครั้ง (1 ครั้ง / สัปดาห์)
- บางวัน (2-3 ครั้ง / สัปดาห์) อื่นๆ ระบุ

รสชาติที่ชอบส่วนใหญ่

- เค็ม เผ็ด
- หวาน อื่น ๆ ระบุ

ผัก ผลไม้

- ทุกวัน นานๆครั้ง (1 ครั้ง / สัปดาห์)
- บางวัน (2-3 ครั้ง / สัปดาห์) อื่นๆ ระบุ

อาหารมือเช้า

- กิน ไม่แน่นอน
- ไม่กิน

6. การรับประทานยา

ยาลดไขมัน

- รับประทานประจำ เคยรับประทาน ไม่รับประทาน

ฮอร์โมนทดแทน/วัยทอง

- รับประทานประจำ เคยรับประทาน ไม่รับประทาน

ยาลดความดันโลหิตสูง

- รับประทานประจำ เคยรับประทาน ไม่รับประทาน
- ระบุชื่อยา.....

อื่น ๆ ระบุ

7. สารเสพติด

สูบบุหรี่

- ไม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ครั้งแรก อายุ ปี
ปัจจุบันสูบบุหรี่ มวน/วัน
- เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว
สูบบุหรี่ครั้งแรกอายุ ปี
สูบบุหรี่นาน..... ปี เลิกสูบบุหรี่มานาน ปี

ดื่มสุรา

- ไม่ดื่ม ดื่ม ดื่มครั้งแรกอายุ ปี
ปัจจุบันดื่ม.....แก้ว/วัน
- เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว
ดื่มครั้งแรกอายุ ปี
ดื่มนาน..... ปี เลิกดื่มมานาน..... ปี

8. พฤติกรรมความเครียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ท่านมีบุคลิก	งานและความรับผิดชอบ
<input type="checkbox"/> ใจร้อน	<input type="checkbox"/> งานหนัก
<input type="checkbox"/> หงุดหงิดง่าย	<input type="checkbox"/> ไม่มีเวลาพักผ่อน
<input type="checkbox"/> เอาจริงเอาจัง	<input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมงานมีปัญหา
<input type="checkbox"/> รู้สึกกลัว/วิตกกังวล	<input type="checkbox"/> ทำงานไม่ได้ตั้งใจ
<input type="checkbox"/> ตื่นเต้นง่าย	<input type="checkbox"/> ถูกตำหนิบ่อย
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> งานราบรื่นดีไม่มีปัญหา
ครอบครัว และสมาชิก	สังคม
<input type="checkbox"/> ต้องรับผิดชอบมาก	<input type="checkbox"/> ไม่ค่อยได้สนใจ
<input type="checkbox"/> สัมพันธภาพไม่ค่อยดี	<input type="checkbox"/> ช่างวุ่นวาย น่าเบื่อ
<input type="checkbox"/> ไม่ค่อยเข้าใจกัน	<input type="checkbox"/> โชคดีมีเพื่อนสนิทไม่เครียด
<input type="checkbox"/> ต่างคนต่างอยู่	<input type="checkbox"/> มีแต่คนเห็นแก่ตัวเอาเปรียบ
<input type="checkbox"/> คำใช้จ่ายมาก	<input type="checkbox"/> ทำใจได้สบาย ๆ
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนช่วยทำงานบ้าน	

9. การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ; ส่วนสูง เซนติเมตร
ดัชนีมวลกาย (BMI) กิโลกรัม/เมตร²
เส้นรอบเอว (วัดผ่านสะดือ) นิ้ว
รอบสะโพก(ผ่านปุ่มกระดูก Ischium) นิ้ว

ระดับน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดฝอย(DTX)..... มก.%
เจาะหลังรับประทานอาหาร ชั่วโมง

* กรณี เกิน ≥ 110 มก% ให้นำน้ำตาล FBS ต่อ

ความดันโลหิต มม.ปรอท

* กรณีเกิน $\geq 140/90$ หรือ Diastolic > 90 ; Systolic > 140
ให้นำวัดซ้ำ และทำ FBS ต่อ

การตรวจร่างกายตามระบบ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

สรุปเบื้องต้น

ปกติ
 ผิดปกติ
ระบุความผิดปกติ
.....
.....

เป็นสุขดี ไม่มีปัญหา

สรุปการประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

ดัชนี/ประเด็น	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง	หมายเหตุ
- ประวัติครอบครัว			
- พฤติกรรมการสูบบุหรี่			
- พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์			
- โรคเบาหวาน			
- โรคความดันโลหิตสูง			
- โรคหัวใจหลอดเลือด			
- การบริโภคอาหาร			
- การรับประทานยา			
- การออกกำลังกาย			
- เครียด			
- ดัชนีมวลกาย(BMI) เกิน			
- สัดส่วนเอว/สะโพก (Waist-Hip Ratio) เกิน			
- ไขมันในเลือดสูง			

....

สรุปความเห็นของแพทย์ / ทีมสาธารณสุข
 ไม่พบความเสี่ยง

 ระดับความเสี่ยง

 มีความเสี่ยงต่ำ มีความเสี่ยงปานกลาง มีความเสี่ยงสูง

 มีปัจจัยเสี่ยง เรื่อง

 มีปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรัง ระบุ

สรุปผลจากแบบวัดคัดกรอง * แบ่งได้เป็น

1. กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ

มีปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 อย่าง (การบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย)
 หรือ ดัชนีมวลกาย (BMI) ตั้งแต่ 23-24.9 ถือว่า น้ำหนักเกินมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ถือว่าอ้วน
 หรือ เส้นรอบเอวล่าง ผู้ชาย มากกว่า 36 นิ้ว ผู้หญิง มากกว่า 32 นิ้ว

2. กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง

มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป (การบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว)

3. กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูง

3.1 กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูง มีปัจจัยเสี่ยง 2 อย่าง (การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว)

หรือ เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี หรือ เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ติดต่อกัน
 หรือ มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาต

3.2 กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงปานกลาง มีปัจจัยเสี่ยง 3-5 อย่าง (การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว)

หรือ ระดับความดันโลหิตสูงมาก $BP \geq 170/100$ mmHg 2 ครั้งติดต่อกัน (มากกว่า 2 ครั้งรอบการตรวจรักษา)
 หรือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีไขมันในเลือดสูง

3.3 กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงมาก มีปัจจัยเสี่ยง > 5 อย่าง (การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว)

หรือ มีประวัติเป็นโรคหัวใจหรืออัมพาต
 หรือ เป็นเบาหวานมีปัญหาโรคไต

* คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงขึ้นปฐมนิเทศ

Harvard University, American Heart Association, The Cleveland Clinic Heart and Vascular Institute

สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข