

แบบบันทึกการตรวจคัดกรองสุขภาพและประเมินความเสี่ยงโรค NCDs

(สำหรับประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โดย อสม. / รพ.สต.)

ชื่อ - สกุล อายุ ปี เลขบัตรประชาชน

.....

ที่อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล โทร.

.....

รายการตรวจคัดกรอง	ผลการตรวจวัด	การแปลผลความเสี่ยง
๑. ความดันโลหิต (BP)	 / mmHg	[] ปกติ [] กลุ่มเสี่ยงสูง
๒. ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)	 mg/dL (งดอาหาร)	[] ปกติ (<๑๐๐) [] เสี่ยงเบาหวาน
๓. ดัชนีมวลกาย (BMI / รอบเอว)	BMI = รอบเอว = ซม.	[] ปกติ [] อ้วนลงพุง
๔.	คำแนะนำ:	[] ส่งต่อแพทย์ รพ.สต.
สรุปภาพรวมและการแนะนำ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารและออกกำลังกาย		

(ลงชื่อ)

ผู้ตรวจคัดกรอง (อสม./จนท.)

(.....)

วันที่/...../๒๕.....