แบบฟอร์มการตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่
Community Health Screening Form (Adults)

วันที่ / Date: _____ /_____ /_____

ชื่อ / Name: _____

การตรวจเช็ค / Measurements:

ส่วนสูง / Height: _____

น้ำหนัก / Weight: _____

อุณหภูมิ / Temperature: _____

หัวใจเต้น / Heart Rate: _____

ระดับออกซิเจนในเลือด / Oxygen Saturation: _____

ความดันโลหิต / Blood Pressure: _____

ระดับน้ำตาลในเลือด / Blood Sugar: _____

คำถาม / Questions

	กิน / Yes:	ไม่กิน / No:
คุณต้องกินยาสำหรับโรคความดันสูงไหม Do you take medication for your blood pressure?	☐	☐
คุณเป็นเบาหวานไหม Are you diabetic?	☐	☐
ถ้าคุณเป็นเบาหวาน คุณกินยาเบาหวานไหม If you are diabetic, do you take medication for your diabetes?	☐	☐
คุณสูบบุหรี่ไหม Do you smoke?	☐	☐
คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไหม Do you drink alcohol?	☐	☐

คุณกินอาหารครั้งสุดท้ายกี่โมง
What time did you last eat something? _____

แบบฟอร์มการตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่
Community Health Screening Form (Adults)

คำแนะนำ / Recommendations:

ไม่มี ดูแลสุขภาพต่อไปโดยกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
No recommendations – continue with a healthy diet and regular exercise ☐

กินยาต่อไปตามที่แพทย์สั่ง
Continue taking your medication according to what your doctor says ☐

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของคุณ
Make changes to your health habits: ☐

- **กินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ** / Healthy diet: ☐
- **ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ** / Regular exercise: ☐
- **เลิกบุหรี่** / Quit smoking: ☐
- **ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** / Minimize alcohol use: ☐

ให้ไปวัดความดันโลหิตอีกครั้ง-ถ้าค่าที่วัดได้ผิดปกติ ต้องไปพบแพทย์
Have your blood pressure checked again – if the results are abnormal, see a doctor ☐

ให้ไปตรวจน้ำตาลในเลือดอีกครั้ง - ถ้าผลตรวจผิดปกติ ต้องไปพบแพทย์
Have your blood sugar checked again – if the results are abnormal, see a doctor ☐

ไปพบแพทย์เพื่อตรวจเช็คสุขภาพ
See a doctor for a health check ☐