

ใบประวัติผู้เข้าพิกอบบรมธรรมชาติบำบัด

ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.).....นามสกุล.....
ชื่อเล่น.....วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี
น้ำหนัก.....กก. ไขมันในเลือด(กรณีมีผลมาจากกรพ.).....
ความดันเลือด.....น้ำตาลในเลือด.....
ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... มือถือ E-Mail.....
กรณีฉุกเฉิน ติดต่อ..... ความเกี่ยวข้อง..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....



โรงพยาบาลที่ท่านมีประวัติการรักษา..... เบอร์โทรศัพท์.....

สภาพแวดล้อมในบ้าน

- มีมลภาวะได้แก่.....
- แออัด
- ก่อให้เกิดความเครียด
- สมาชิกในบ้านไม่ได้ตั้งใจ
- อื่น ๆ

สภาพแวดล้อมที่ทำงาน

- มีมลภาวะได้แก่.....
- แออัด
- ก่อให้เกิดความเครียด
- สมาชิกในบ้านไม่ได้ตั้งใจ
- อื่น ๆ

คุณกำลังมีปัญหานี้หรือไม่

- ท้องผูก หิวหรือกระหายมากไป ริดสีดวง ร่างกายร้อนเกินไป
- เส้นเลือดโป่ง ปวดศีรษะ อาหารไม่ย่อย เจ็บปวดตามร่างกาย
- น้ำหนักเกิน ปัญหาเกี่ยวกับก๊าซในร่างกาย กรดไหลย้อน ไมเกรน ไชน์ส

คุณมีโรคประจำตัว อะไรบ้าง (นับตั้งแต่วัยเด็ก) ไม่มี

1. 2. 3.

คุณเคยมีอาการของโรคต่อไปนี้ หรือไม่

- ดีซ่าน ปัญหาเกี่ยวกับตับ ไทฟอยด์ โรคตับอักเสบ A, B, C
- วัณโรค ปัญหาเกี่ยวกับไต ปอดบวมนิวมอเนีย อื่น ๆ

คุณเคยได้รับการรักษาต่อไปนี้หรือไม่

- การผ่าตัด การรักษาโดยนิวเคลียร์ การตรวจร่างกายแบบสแกนนิ่ง อัลตราซาวด์

ถ้าเคยเพื่อการรักษา ณ จุดใด.....

ปัญหาทางจิตใจของคุณในขณะนี้คืออะไร (กรุณาอธิบายถึงปัญหาโดยละเอียด)

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

เมื่อมีสถานการณ์ที่ทำให้ตกใจ/สะท้อนใจ รุนแรง คุณสามารถ จัดการได้อย่างไร

- ด้วยความกล้าหาญ จัดการได้ดีพอสมควร ไม่ดีเอาเลย

หลังจากจัดการแล้ว คุณรู้สึกอย่างไร

- หายตกใจ/พอใจ ยังรู้สึกสะท้อนใจอยู่บ้างเล็กน้อย อาการยังไม่ดีขึ้น

โดยปกติถ้าอาการยังไม่ดีขึ้น เคยสังเกตไหมว่าอาการดีขึ้นต้องใช้เวลาานเพียงใด

คุณได้ทดลองวิธีการรักษาแบบใดบ้างสำหรับปัญหาสุขภาพแต่ละปัญหา

- ธรรมชาติบำบัด จาก.....
 ธาราบำบัด จาก.....
 จิตบำบัด จาก.....
 แพทย์แผนไทย จาก.....
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

คุณใช้ยาพาราเซตามอลหรือแอสไพริน หรือยาแก้ปวดหรือไม่

- ใช่ ความถี่ที่ใช้ บ่อยแค่ไหน..... ไม่ใช่
 ปวดศีรษะ/มีไข้ ปวดประจำเดือน
 ปวด อื่น ๆ

คุณใช้ยานอนหลับหรือยาระงับประสาทใด ๆ หรือไม่

- เคย ความถี่ที่ใช้ บ่อยแค่ไหน..... ไม่เคย
ชนิดของยาที่ใช้ ชื่อ.....

เลือกว่าคุณบริโภคหรือเสพสิ่งเหล่านี้หรือไม่

- ชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่

เพื่ออาหารอะไรบ้าง

เพื่อยาอะไรบ้าง

“ข้าพเจ้าขอยอมรับว่าการเข้าอบรมในครั้งนี้ เป็นการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเองเท่านั้น มิใช่เป็นการเข้ารับการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยใดๆ ของข้าพเจ้า พร้อมทั้งจะไม่ติดใจ ฟ้องร้อง เอาผิดใดๆ กับวิทยากร หรือผู้จัดการอบรมทั้งสิ้น”

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมอบรม

ลายมือชื่อ ญาติ/สมาชิกในครอบครัวของผู้เข้าร่วมอบรม

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)

