



รูปถ่าย

## ใบประวัติผู้เข้าพิกอบรรณรรมชาติบำบัด แบบเสถียรธรรมสถาน

ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.) \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_  
ชื่อเล่น \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปี เกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก. ไขมันในเลือด (กรณีมีผลมาจาก รพ.) \_\_\_\_\_  
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
- สมาชิกในที่ทำงานไม่ได้ตั้งใจ
- อื่น ๆ \_\_\_\_\_

### คุณกำลังมีปัญหาหรือไ้

- ท้องผูก  ทิวหรือกระหายมากไป  รีดสีดวง  ร่างกายร้อนเกินไป
- เส้นเลือดโป่ง  ปวดศีรษะ  อาหารไม่ย่อย  เจ็บปวดตามร่างกาย
- น้ำหนักเกิน  ปัญหาเกี่ยวกับก๊าซในร่างกาย  กรดไหลย้อน  ไมเกรน  ไชน์ส

### คุณมีโรคประจำตัว อะไรบ้าง (นับตั้งแต่วัยเด็ก)

ไม่มี

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

### คุณเคยมีอาการของโรคต่อไปนี้หรือไม่

- ดีซ่าน  ปัญหาเกี่ยวกับตับ  ไทฟอยด์  โรคตับอักเสบ A, B, C
- วัณโรค  ปัญหาเกี่ยวกับไต  ปอดบวมนิวมอเนีย  โรคหัวใจ  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

### คุณเคยได้รับการรักษาต่อไปนี้หรือไม่

- การผ่าตัด ระบุ \_\_\_\_\_  การรักษาโดยนิวเคลียร์  การตรวจร่างกายแบบสแกนนิ่ง  อัลตราซาวด์

ถ้าเคยเพื่อการรักษา ณ จุดใด \_\_\_\_\_

ปัญหาทางจิตใจของคุณในขณะนี้คืออะไร (กรุณาอธิบายถึงสาเหตุโดยละเอียด)

---

---

---

เมื่อมีสถานการณ์ที่ทำให้ตกใจ/สะเทือนใจ รุนแรง คุณสามารถจัดการได้อย่างไร

- ด้วยความกล้าหาญ  จัดการได้ดีพอสมควร  ไม่ดีเอาเลย  ไม่กล้าตัดสินใจ

หลังจากจัดการแล้ว คุณรู้สึกอย่างไร

- หายตกใจ/พอใจ  ยังรู้สึกสะเทือนใจอยู่บ้างเล็กน้อย  อาการยังไม่ดีขึ้น

โดยปกติถ้าอาการยังไม่ดีขึ้น เคยสังเกตไหมว่า กว่าอาการจะดีขึ้นต้องใช้เวลาานเพียงใด

คุณได้ทดลองวิธีการรักษาแบบใดบ้างสำหรับปัญหาสุขภาพแต่ละปัญหา

- ธรรมชาติบำบัด จาก \_\_\_\_\_  
 ธาราบำบัด จาก \_\_\_\_\_  
 จิตบำบัด จาก \_\_\_\_\_  
 แพทย์แผนไทย จาก \_\_\_\_\_  
 อื่น ๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

คุณใช้ยาพาราเซตามอลหรือแอสไพริน หรือยาแก้ปวดหรือไม่

- ใช้ ความถี่ที่ใช้ บ่อยแค่ไหน \_\_\_\_\_  ไม่ใช้  
 ปวดศีรษะ/มีไข้  ปวดประจำเดือน  
 ปวด อื่น ๆ \_\_\_\_\_

คุณใช้ยานอนหลับหรือยาระงับประสาทใดๆ หรือไม่

- เคย ความถี่ที่ใช้ บ่อยแค่ไหน \_\_\_\_\_  ไม่เคย  
ชนิดของยาที่ใช้ ชื่อ \_\_\_\_\_

เลือกว่าคุณบริโภคหรือเสพสิ่งเหล่านี้หรือไม่

- ชา  กาแฟ  เครื่องดื่มแอลกอฮอล์  บุหรี่  สารเสพติด

เพื่ออาหารอะไรบ้าง

เพื่ออะไรบ้าง

ข้าพเจ้าขอยอมรับการเข้าอบรมในครั้งนี้ เป็นการสมัครใจที่จะเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเอง มิใช่เป็นการเข้ารับการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยใดๆ ทั้งสิ้นของข้าพเจ้า พร้อมทั้งไม่ติดใจ ฟ้องร้อง ดำเนินคดี ทั้งทางแพ่งและอาญากับวิทยากร หรือผู้จัดการอบรม ไม่ว่าในกรณีใดๆ

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมอบรม

ลายมือชื่อ ญาติ/สมาชิกในครอบครัวของผู้เข้าร่วมอบรม  
(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)

