

Medical record



Department of Public Health, College of Allied Health Sciences,
Suan Sunandha Rajabhat University

Outline



1. Basic Medical recode
2. History taking
3. Physical examination
4. Diagnosis
5. Treatment

Basic Medical recode



Medical record หรือบันทึกทางการแพทย์

It is a collection of stories related to the patient's illness. to process the diagnosis and treatment of for the multidisciplinary work together to take care of the turbulent person to be aware of the possibility of illness The process of diagnosing me and treating and as evidence for forwarding these stories to those who take care of the patients in the next rainy season Recording must be a universal system. The memo reader can understand quickly and accurately according to the intent of the memoir.

1. History taking
2. Physical examination
3. Diagnosis
4. Treatment



Outpatient record

Outpatient records, also known as OPD cards, are medical records of outpatients who receive treatment without staying overnight in the hospital.



500 Eastowne Drive
Chapel Hill, NC 27514

AUTHORIZATION FORM – MIM #710-S

Radiology Films please send:

For all other record requests please send:

ATTN: IMAGING SUPPORT
(919) 966-3280, Fax (919) 966-4990

ATTN: RELEASE OF MEDICAL INFORMATION
(919) 966-2336, Fax (919) 966-6295
Email: relmedinfo@unch.unc.edu

I authorize:

UNC Health Care System	OR	Other facility:
------------------------	----	-----------------

To use or disclose to:

Name of Person or Facility:			
Address	City	State	Zip
Phone:	Fax:	Email:	

The protected health information of:

Patient Name:	Date of Birth:	SS# (last 4):
Address	City	State Zip
Phone:	UNC Medical Record #	

Dates of Service: _____

Put a CHECKMARK next to the specific documents that apply to your request:

<input type="checkbox"/> Clinic notes (outpatient)	<input type="checkbox"/> Operative / Procedure notes	<input type="checkbox"/> Progress Notes (inpatient)
<input type="checkbox"/> Emergency Dept. notes	<input type="checkbox"/> Providers Orders	<input type="checkbox"/> Radiology reports
<input type="checkbox"/> Urgent Care Center notes	<input type="checkbox"/> Nursing notes	<input type="checkbox"/> Patient Billing records
<input type="checkbox"/> History and Physical	<input type="checkbox"/> Consultations	<input type="checkbox"/> Film / CD (Imaging support)
<input type="checkbox"/> Discharge Summary	<input type="checkbox"/> Laboratory reports	<input type="checkbox"/> All Medical Records
Other (describe) _____		



HN : 00000001

ใบตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (OPD) รพ.ทศอบรบระบบ

(วันที่สั่งพิมพ์: 01/10/2018 19:33:13)

ชื่อ : นายอาร์ม เดื่อ

อายุ 37 ปี 9 เดือน เลขประจำตัว 3-4205-00338-77-0

QN : 1 Page 1 of 1
วันที่ 1 ตุลาคม 2018 เวลา 08:00:00

สิทธิการรักษา : ไม่มีสิทธิ(ชำระเงิน)

ประวัติแพ้ยา : ไม่มีประวัติแพ้ยา สังกัดหลัก ()

ที่อยู่ : 1 1 ม.1 ต.โพนสูง อ.ด่านซ้าย จ.เลย โทร. -

โรคประจำตัว : ไม่มีโรคประจำตัว สังกัดรอง : ()

ข้อมูลชีพประวัติทั่วไป

(ผู้บันทึกคัดกรอง :)

ความแรงค่าน : สภาพผู้ป่วย : การแพ้ยา :
T. C. P. /min. RR. /min. BP. / mmHg
นน. กก. สูง ซม. BMI : รอบเอว : ซม.
FBS : 70 mg/dL สุรา : บุหรี่ :

รายการส่ง LAE

Blood Bank (ผู้รายงานผล :)
Blood group Rh

รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Blood Bank (ผู้รายงานผล :)
Blg group = Group A Rh = Negative

อาการสำคัญ / ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน / ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

CC :

HPI :

PMH :

การตรวจร่างกาย

PE text :

คำแนะนำ

- การออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ผิดปกติมาพบแพทย์
 การเข้ายา การมาตรวจตามนัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับประทานอาหาร
 อื่นๆ -

หมายเหตุ

ผู้ตรวจรักษา

()



Admission note

The first record is the record when the patient is admitted to the hospital, which may be preliminary data without complete laboratory analysis results. But it is very important information for inpatient care and treatment planning.



ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

(1)

WARD _____
HN _____
AN _____

Personal Data				
Name _____ Age _____ Sex _____ Education _____ Occupation _____				
Admission Date _____ Time _____		Vital signs: Temp _____ °C		Height _____ cm
Mode of Arrival: <input type="checkbox"/> Walk <input type="checkbox"/> Wheel Chair <input type="checkbox"/> Stretcher <input type="checkbox"/> Other _____		HR _____ / min		Weight _____ kg
Admitted From: <input type="checkbox"/> ER Trauma <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> Other _____		BP _____ / mmHg		
Diagnosis _____				
Chief complaint _____				
Present illness _____				
Past illness History _____				
Family illness History _____				
Allergies (Drug, Food, Other) _____ Reactions _____				
Exercise:	Sleep / Rest:	Tobacco	Alcohol	Other Drugs/Substances
<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Always <input type="checkbox"/> Sometimes	<input type="checkbox"/> Enough <input type="checkbox"/> Not enough What helped in the past? _____	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit Smoked duration _____ Quit duration _____ Continuous _____ frequency _____ / day duration _____	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit Drank duration _____ Quit duration _____ Continuous _____ frequency _____ / day duration _____	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit Used duration _____ Quit duration _____ Continuous _____ frequency _____ / day duration _____
Information provided by: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Other _____				
Emergency <u>Notes</u> Name _____ Relationship _____ Phone # _____				
Spiritual / Cultural Needs / Emotional Support				
Religion _____	Special Religious / Cultural considerations for hospitalization <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If yes, describe _____)			
Anxiety: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Illness <input type="checkbox"/> Finance <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Other _____				
Support System: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Spouse & Family <input type="checkbox"/> Friends <input type="checkbox"/> Religious activity <input type="checkbox"/> Other _____				
Nutrition / Metabolism				
<input type="checkbox"/> Calorie Diet <input type="checkbox"/> Liquid / Soft Diet	Appetite: <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor	Swallowing Difficulty: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Solid <input type="checkbox"/> Liquid	GI Problem: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Other _____	
Special Diet: <input type="checkbox"/> Diat <input type="checkbox"/> Low Na <input type="checkbox"/> Low Pot <input type="checkbox"/> High Pot <input type="checkbox"/> Other _____	Feeding: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Assisted <input type="checkbox"/> NG / OG <input type="checkbox"/> Gastrostomy / Jejunostomy tube <input type="checkbox"/> Parenteral Nutrition	Weight Change: <input type="checkbox"/> Unkown <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, <input type="checkbox"/> Loss _____ kg / wk / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gain _____ kg / wk / <input type="checkbox"/>		

(2)

Skin				
Dermal Assessment: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Abnormal; Use letter to indicate type and location on diagram				
		<ul style="list-style-type: none"> A: Abrasion B: Burn C: Contusion E: Eczymosis H: Hematoma L: Laceration M: Mass P: Petechiae PS: Pressure sore Stage _____ R: Rash S: Suture Sc: Scar SR: Skin reaction from radiation _____ : _____ 		
Temp: <input type="checkbox"/> Warm <input type="checkbox"/> Hot <input type="checkbox"/> Cool	Moisture: <input type="checkbox"/> Moist <input type="checkbox"/> Dry	Color: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pale <input type="checkbox"/> Cyanosis	Pressure Ulcer Staging	
Turgor: <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Poor		<p>Stage 1 Pinkness (erythema) in lightly pigmented skin; Pinkness red, blue, or purple hue in dark skin</p> <p>Stage 2 Skin loss, abrasion, blister or shallow crater</p> <p>Stage 3 Deep crater, not extend down through underlying fascia</p> <p>Stage 4 Deep crater, damage to muscle, bone or supporting structures</p>		
Cardiopulmonary				
Pulmonary		Current Treatment:		
Rate: <input type="checkbox"/> Brachypnea <input type="checkbox"/> Tachypnea <input type="checkbox"/> Bradypnea <input type="checkbox"/> Apnea	Rhythm/Depth: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Shallow	Effort: <input type="checkbox"/> Easy <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Orthopnea <input type="checkbox"/> Other _____	Cough: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Productive <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Chest Tube <input type="checkbox"/> Other _____
Cardiovascular				
Pulse Rhythm: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Pulse Amplitude: <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Weak <input type="checkbox"/> Absent	Pulse Rate: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tachycardia <input type="checkbox"/> Bradycardia	Edema: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Generalized <input type="checkbox"/> Localized <input type="checkbox"/> Pitting _____	Chest Pain: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Location _____ Duration _____ Frequency _____
Neck Vein Engorged: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				



Inpatient file

- The IPD file, inpatient department, is the medical record for when a patient is admitted to a hospital. In which each treatment may have a different length of time. The content is also more than outpatient. It has been recorded by many different people.



Informed consent

It is a document that the patient must sign for acknowledgment and consent after receiving complete information and explanations. It consists of two words: informed - providing factual information in complete detail. It is enough for a decision and the word consent is acknowledgment and consent.



Operative note

- Recording of surgery used for details in surgery The whole process of surgery, such as pre- and post-operative diagnosis, detailed surgical methods. Time spent on surgery and the amount of blood lost List of people involved, including surgeons anesthesiologist and nurse



Progress note

It is a record of the patient's changes each time the doctor visits the ward, based on the SOAP principle, which is

1. Subjective
2. Objective
3. Assessment
4. Plan



DNR form

Derived from do not resuscitation It is used in terminally ill patients whose relatives or the patient himself wishes to pass away peacefully without resuscitation. (cardiopulmonary resuscitation, CPR)



Discharge summary

Patient Discharge Summary Record When the patient receives satisfactory treatment and was allowed to leave the hospital. This memo is a summary of the story from the admission of the patient to the hospital. first physical examination Key findings of diagnosis and monitoring treatment and surgery Including further maintenance plans.



Appointment card

Appointment card is used when making an appointment for patients to come to the hospital to see a doctor or any other purposes that are clearly stated in the appointment, such as blood tests or x-rays before seeing the doctor, refraining from food and water before coming to the hospital. Or make an appointment to go to bed in the hospital for surgery, etc.



Medical certificate

- Medical testimonial popularly called medical certificate It is a record given to the patient as evidence. to be shown to the patient's concerned, showing that he has been examined and treated Including the doctor's opinion on that examination

การซักประวัติ (History taking)



การซักประวัติความเจ็บป่วยประกอบด้วยหัวข้อหลัก 5 ข้อ คือ

1. Patient profile ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย
2. Chief complaint อาการนำ
3. Present illness ประวัติปัจจุบัน
4. Personal and medical history ประวัติส่วนตัวและความเจ็บป่วย
5. Family history ประวัติครอบครัว



Patient profile

Patient's basic information It is information that tells the patient who he is and where he came from. After the doctor introduces himself to the patient, the doctor asks to know who the patient is. It confirms the identity of the patient and the history file that is in the hands of the doctor as being the same person by asking for the name and age again. Verify that gender matches the medical record. interrogate ethnicity and marital status, for example



- **single** โสด ยังไม่เคยแต่งงานและไม่มีเพศสัมพันธ์
- **couple** คู่ มีแฟนแล้ว แต่งงานหรือยังไม่แต่งงานแต่อยู่กับคู่สมรส
- **divorced** แต่งงานแล้วหย่าหรือแยกกันอยู่แล้ว อาจใช้คำว่า **separate**
- **widowed** ม่าย คู่สมรสได้ตายจากกันไปแล้ว



Education การศึกษา

Occupation อาชีพ เป็นอีกคำถามหนึ่งที่ต้องให้ความสนใจ เนื่องจากโรคบางโรคมีความสัมพันธ์กับอาชีพ

Coverage สิทธิการรักษา เป็นการสอบถามเรื่องสิทธิการรักษา ซึ่งแพทย์บางท่านอาจไม่ถามในเรื่องนี้



Chief complaint

- Leading symptoms are the main reasons that patients come to see a doctor at this time. Leading symptoms should be identified with severe symptoms, specific location and duration.



Present illness

illness history It is the details of this illness as the symptoms bring. Including other complications as well, which describes the symptoms in detail, including previous examinations or treatments. There is a principle question.

- What
- Where
- When
- Why
- Who, Whom
- How
- How many



Personal and medical history

- History of major illnesses Related to this illness, history of surgery and hospitalization In female patients, there will be a history of childbirth. Birth control and menstruation drug or food allergies Medication that is taken on a regular basis This may include dietary supplements, tonics, traditional medicines and herbs. Personal behavioral characteristics.



Family history

- History of illness in the family congenital disease or genetic disease a disease that is the same or similar to the patient's current condition and communicable diseases that may affect patients



Other specific history

- Other specialized history Sometimes the patient comes up with any specific story. I have to ask those questions as a special case.

การตรวจร่างกาย (Physical examination)



Physical examination The principle is to check from the top down. and inspection from the outside to the inside The same is true for recording. will be recorded in order according to the systematic examination.



Basic information

ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ส่วนสูง (Height) และน้ำหนัก (Weight) อาจคำนวณดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) โดยใช้ น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร) ยกกำลังสอง ตามสูตร

$$\text{BMI} = \frac{\text{weight}}{\text{height}^2}$$



Vital signs

สัญญาณชีพ ประกอบด้วย อุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต และ อัตราการหายใจ

- Temperature อุณหภูมิร่างกาย
- Pulse ชีพจร
- Blood pressure ความดันโลหิต
- Respiratory rate อัตราการหายใจ
- Oxygen saturation ค่าอิ่มตัวของออกซิเจน



General appearance

Physical features that can be seen from general observation, such as the level of consciousness or unconsciousness. movement panting, exhaustion or restlessness, etc.

การตรวจเพิ่มเติม (Investigation)

Additional tests or laboratory tests For the benefit of diagnosis, it consists of

- Blood tests
- Urinalysis
- Stool examination
- Radiological examination





Blood tests

- Complete blood count, CBC
- Arterial blood gas
- Fasting blood sugar, FBS
- Oral glucose tolerance test, OGTT
- 75-gram OGTT
- 100 gram OGTT
- Blood chemistry



Urinalysis

- Urine pregnancy test
- Microscopic examination
- Urine culture
- Narcotic test



Stool examination

Stool examination Most of them are the detection of parasites or parasite eggs, cell examination. or checking for blood coming out of Occult blood test
Stool culture



Radiological examination

- X-ray
- Angiography
- Computerized tomography, CT scan
- GI study
- Plain KUB (Kidney, Ureter, Bladder)



- Magnetic resonance image, MRI
- Mammography
- Venogram



การตรวจอื่น ๆ ที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มข้างต้น เช่น

Audiogram การตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยินในความถี่ที่แตกต่างกัน

Autopsy การชันสูตรศพโดยพยาธิแพทย์ (pathologist)

Biopsy การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

Electrocardiography, EKG, ECG การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

Electroencephalogram, EEG การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง

Ultrasonography การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

การวินิจฉัย (Diagnosis)



Provisional diagnosis

- early diagnosis obtained from history taking and physical examination May be in the process of further laboratory testing and still don't know the test results



Differential diagnosis

การวินิจฉัยแยกโรค ในบางครั้งการวินิจฉัยยังไม่สามารถมี
ข้อสรุปที่ชัดเจนได้ เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อสรุปในเบื้องต้นว่า
มีความน่าจะเป็นของโรคอะไรได้บ้างมากกว่า 1 โรค เมื่อได้
ข้อมูลที่ชัดเจนครบถ้วนแล้วจึงเป็นการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย



Definite diagnosis

การวินิจฉัยชี้เฉพาะ หรือการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย (final diagnosis)

Impression

แปลตามตัวได้ว่าความประทับใจ แพทย์อาจใช้เมื่อคาดว่าจะเป็นการวินิจฉัยได้

Clinical diagnosis

การวินิจฉัยด้วยข้อมูลทางคลินิก คือ การซักประวัติและตรวจร่างกาย



Pathological diagnosis

การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

Radiological diagnosis

การวินิจฉัยทางรังสีวิทยา

Ruled out

นิยมเขียนย่อว่า R/O มาจากคำเต็มว่า to be ruled out หมายถึงการตัดโรคนี้ออกจากการวินิจฉัย



Question