



# คู่มือการปฏิบัติงาน

การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ  
กระทรวงสาธารณสุข Version 2.2 (กันยายน 2559)  
ปีงบประมาณ 2560

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

# คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้าง มาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version 2.2 (กันยายน 2559) ปีงบประมาณ 2560

## คณะผู้จัดทำ

### ที่ปรึกษา

1. ดร.นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ผศ.(พิเศษ) นพ.พลวรรณ์ วิฑูรกลชิต ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. พญ.มานิตา พรรณวดี รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

### บรรณาธิการ

1. ดร.มะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
2. น.ส.ณัฏฐรัตน์ ธนธีรวงษ์ กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 5  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
3. น.ส.จิราภรณ์ สุ่มตีบ กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 5  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ISBN : 978-616-11-3178-4

จัดทำโดย : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 : พฤศจิกายน 2559

จำนวน : 100 เล่ม

พิมพ์ที่ : ห้างหุ้นส่วน เอสพี ก๊อปปี้ปริน



## สารบัญ

	หน้า
ความเป็นมา	ก
วัตถุประสงค์	ข
การจัดส่งข้อมูล	ข
การตรวจสอบข้อมูล	ค
คำอธิบายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม	ง
ประเภทของแฟ้มฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพ 50 แฟ้ม	ง
การเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายละเอียดในแต่ละแฟ้ม	จ
รหัสมาตรฐานและระยะเวลาการบันทึก/ปรับปรุง (update) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล ด้านการแพทย์และสุขภาพ	ฉ
การเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายละเอียดในแต่ละแฟ้ม ปี 2559	ฉ
โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วย	ด
แฟ้ม (1) PERSON.....	1
แฟ้ม (2) ADDRESS.....	5
แฟ้ม (3) DEATH.....	7
แฟ้ม (4) CHRONIC.....	9
แฟ้ม (5) CARD.....	11
แฟ้ม (6) HOME.....	13
แฟ้ม (7) VILLAGE.....	16
แฟ้ม (8) DISABILITY.....	19
แฟ้ม (9) PROVIDER.....	21
แฟ้ม (10) WOMEN.....	23
แฟ้ม (11) DRUGALLERGY.....	25
แฟ้ม (12) FUNCTIONAL.....	28
แฟ้ม (13) ICF.....	30

## สารบัญ

	หน้า
แฟ้ม (14) SERVICE .....	32
แฟ้ม (15) DIAGNOSIS_OPD .....	36
แฟ้ม (16) DRUG_OPD .....	38
แฟ้ม (17) PROCEDURE_OPD .....	40
แฟ้ม (18) CHARGE_OPD .....	42
แฟ้ม (19) SURVEILLANCE .....	44
แฟ้ม (20) ACCIDENT .....	47
แฟ้ม (21) LABFU .....	50
แฟ้ม (22) CHRONICFU .....	52
แฟ้ม (23) ADMISSION.....	54
แฟ้ม (24) DIAGNOSIS_IPD .....	58
แฟ้ม (25) DRUG_IPD .....	60
แฟ้ม (26) PROCEDURE_IPD.....	62
แฟ้ม (27) CHARGE_IPD .....	64
แฟ้ม (28) APPOINTMENT .....	66
แฟ้ม (29) DENTAL.....	68
แฟ้ม (30) REHABILITATION .....	72
แฟ้ม (31) NCDSCREEN .....	75
แฟ้ม (32) FP.....	78
แฟ้ม (33) PRENATAL .....	80
แฟ้ม (34) ANC .....	82
แฟ้ม (35) LABOR.....	84
แฟ้ม (36) POSTNATAL .....	86
แฟ้ม (37) NEWBORN .....	88

## สารบัญ

	หน้า
แฟ้ม (38) NEWBORN_CARE .....	91
แฟ้ม (39) EPI.....	93
แฟ้ม (40) NUTRITION.....	92
แฟ้ม (41) SPECIALPP.....	98
แฟ้ม (42) COMMUNITY_ACTIVITY .....	100
แฟ้ม (43) COMMUNITY_SERVICE.....	101
แฟ้ม (44) CARE_REFER .....	103
แฟ้ม (45) CLINICAL_REFER .....	105
แฟ้ม (46) DRUG_REFER .....	107
แฟ้ม (47) INVESTIGATION_REFER.....	109
แฟ้ม (48) PROCEDURE_REFER .....	111
แฟ้ม (49) REFER_HISTORY.....	116
แฟ้ม (50) REFER_RESULT.....	118
แฟ้ม (51) DATA_CORRECT.....	120
แฟ้ม (52) POLICY.....	122
ภาคผนวก : รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ.....	124
ภาคผนวก : การแก้ไขแฟ้มข้อมูลรูปแบบ JSON.....	140

**คู่มือการปฏิบัติงาน**  
**การจัดเก็บและส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ**  
**กระทรวงสาธารณสุข Version 2.2 ปีงบประมาณ 2560**

.....

**1. ความเป็นมา**

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้มีการพัฒนาการบันทึกและการจัดเก็บข้อมูลบริการสุขภาพ ตามนโยบายการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ ประจำปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป้าหมายเพื่อลดภาระการจัดเก็บข้อมูล และการจัดทำรายงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ โดยมุ่งหวังให้เจ้าหน้าที่มีเวลาและให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น รวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละระดับ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยไม่เพิ่มภาระกับเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ ในรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และ 7 แฟ้ม การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) โดยได้มีการเริ่มใช้งานในระบบตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา

จากการใช้งานตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มดังกล่าวในระบบ ในปีงบประมาณ 2558-2559 พบประเด็นปัญหาในการบันทึกและการจัดเก็บข้อมูล สรุปได้ 2 ประเด็น คือ 1) การแก้ไขข้อมูลในแฟ้มไม่สามารถแก้ไขได้ 2) 43 แฟ้มข้อมูลไม่มีข้อมูลตามนโยบายที่เร่งด่วนบางเรื่องที่ต้องการใช้ข้อมูล ดังนั้น เพื่อไม่ให้เป็นการกระทบพื้นที่ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลแยกส่วน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จึงมีการปรับเพิ่มแฟ้มมาตรฐานเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ร่วมกับทีมงาน Health Data Center (HDC) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โดยมีการปรับเพิ่มแฟ้มมาตรฐานเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว จำนวน 2 แฟ้ม ดังนี้

1 แฟ้ม DATA CORRECT เป็นแฟ้มแก้ไขในกรณีตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแล้วผิดต้องการแก้ไข

2. แฟ้ม POLICY เป็นแฟ้มข้อมูลที่จัดเก็บตามนโยบาย (ในกรณีที่ไม่มีข้อมูลใน 43 แฟ้มเดิม)

ทั้งนี้ ให้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 เป็นต้นไป ดังรายละเอียดโครงสร้างแฟ้มและตัวอย่างการบันทึกและการส่งออกข้อมูลตามรายละเอียด และภาคผนวก

ดังนั้น เพื่อให้การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ และในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายเน้นเรื่องการพัฒนาคุณภาพข้อมูล โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัด และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งจัดตั้งทีมคุณภาพระดับอำเภอ และ ระดับจังหวัด ให้มีการประสานงานกันในระดับเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ดังนี้

1. มีข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน ที่มีความครอบคลุมของการรายงาน ความถูกต้อง และความทันเวลา

2. มีทีมในระดับอำเภอ/จังหวัด สำหรับการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลข้อมูลการให้รหัสโรคและเหตุการณ์ และการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ในพื้นที่ของตนเอง

3. มีเครื่องมือหรือโปรแกรมที่ใช้สำหรับการตรวจสอบข้อมูลทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และ ส่วนกลาง
4. มีการคืนข้อมูลกลับให้พื้นที่
5. ชุดข้อมูลสุขภาพต้องเป็นชุดเดียวกัน ไม่ว่าจะจัดเก็บ/จัดส่งที่ไหน
6. ดำเนินการตามแนวทางมาตรฐานการบันทึก การจัดเก็บ การส่งออกข้อมูลตามแฟ้ม มาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดทำสถิติ และการป้องกันความลับของข้อมูลผู้ป่วย
7. มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูล 43 แฟ้ม ในการติดตามตัวชีวิตหรือนโยบายต่างๆ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์จึงมีการปรับปรุงรายละเอียดให้ชัดเจนง่ายต่อความเข้าใจและ ตรงกับการปฏิบัติงาน เช่น คำอธิบาย รหัสมาตรฐานต่างๆ เป็นต้น เพื่อให้กรมต่างๆ หน่วยบริการ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดเก็บรายงานได้ตรงความต้องการและมีข้อมูลสำหรับการติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงานที่สำคัญตามนโยบายยุทธศาสตร์ทั้งในระดับกระทรวง และในระดับภาพรวมของ ประเทศต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นคู่มือการดำเนินงานในการจัดเก็บ/บันทึก/จัดส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การบริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560
2. เพื่อใช้เป็นคู่มือในการตรวจสอบความครบถ้วน ทันท่วง และความถูกต้องของข้อมูล รหัสมาตรฐานตามโครงสร้างแฟ้มมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ

## 3. การจัดส่งข้อมูล

### ผู้ป่วยนอก

ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป มายังคลังข้อมูล (Data center) ระดับจังหวัด

### ผู้ป่วยใน

ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ส่งข้อมูลผู้ป่วยใน รายบุคคล ภายใน 30 วัน ของเดือนถัดไป มายังคลังข้อมูล (Data center) ระดับจังหวัด



#### 4. การตรวจสอบข้อมูล

##### ระดับจังหวัด

ผู้รับผิดชอบงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และหรือ ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เป็นผู้ตรวจสอบคลังข้อมูล (Data center) ระดับจังหวัด

##### ส่วนกลาง

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ติดตาม ความครบถ้วน ทันเวลา และคุณภาพข้อมูล ตามตัวชี้วัดและการประมวลผลตามมาตรฐานรายงาน (Standard report) ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และกรมวิชาการต่างๆ

##### ระยะเวลาการตรวจสอบข้อมูล และรับฟังประเด็นปัญหา/ข้อเสนอแนะต่างๆ

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จะดำเนินการจัดทำรายงานประเมินผลสรุปความครบถ้วน และทันเวลาของสถานบริการที่ส่งข้อมูล ทุกเดือน
2. ประชุมติดตามรับฟังประเด็นปัญหา/ข้อเสนอแนะต่างๆ ผ่านVideo conference ทุกวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน

แผนภาพ การดำเนินงานตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม



## 5. คำอธิบายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม

### ความหมายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 เพิ่ม

รายการ	ความหมาย
No (1)	ลำดับที่
CAPTION (2)	หัวข้อ
DESCRIPTION (3)	คำอธิบาย
ควรบันทึก (4)	การบันทึกข้อมูลเพื่อออกรายงานที่สมบูรณ์ ใช้ในการค้นหาสอบสวน หรืออ้างอิงในกรณีต่างๆ
NAME (5)	ชื่อฟิลด์
PK (6)	Primary Key (ฟิลด์ที่ระบุความไม่ซ้ำกันของข้อมูล) ระบุความไม่ว่างสถานะ Y / ว่างไม่ระบุสถานะ
TYPE (7)	ชนิดข้อมูล (D = Date, DT = Date time, C = Character, N = Number)
WIDTH (8)	ความกว้างของฟิลด์ (โดยระบุ Y)
NOT NULL (9)	ฟิลด์ที่ระบุความไม่ว่าง (สถานะ Y) / ว่าง (ไม่ระบุสถานะ)

## 6. ประเภทของเพิ่มฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 50 เพิ่ม

ลักษณะการจัดเก็บ หรือประเภทของการข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลของแต่ละสถานบริการ สามารถแบ่งเป็น 5 ลักษณะ ได้แก่ เพิ่มสะสม เพิ่มบริการ เพิ่มบริการกึ่งสำรวจ เพิ่มตามนโยบายและเพิ่มแก้ไข ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เพิ่มสะสม กำหนดให้จัดเก็บข้อมูลโดยการสำรวจปีละครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี กรณีที่มีผู้มารับบริการที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิมให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ มีจำนวน 12 เพิ่ม

2. เพิ่มบริการ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีมารับบริการ และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ มีจำนวน 28 เพิ่ม

3. เพิ่มบริการกึ่งสำรวจ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีมารับบริการ พร้อมทั้งให้มีการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการที่สถานบริการอื่นและบันทึกข้อมูล และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ มีจำนวน 10 เพิ่ม

4. เพิ่มตามนโยบาย เป็นการเก็บข้อมูลตามนโยบาย ที่ถูกพิจารณาเป็นเรื่องๆ ไป มีจำนวน 1 เพิ่ม

5. เพิ่มแก้ไข เป็นเพิ่มที่บันทึกการแก้ไขในรายละเอียดของแต่ละเพิ่ม เช่น กรณีพบข้อมูลผิดพลาดต้องการแก้ไขข้อมูล รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

เพิ่มสะสม	เพิ่มบริการ	เพิ่มบริการที่ สำรวจ	เพิ่มตาม นโยบาย	เพิ่มแก้ไข
1.PERSON 2.ADDRESS 3.DEATH 4.CHRONIC 5.CARD 6.HOME 7.VILLAGE 8.DISABILITY 9.PROVIDER 10.WOMEN 11. DRUGALLERGY 12. PRENATAL	1.FUNCTIONAL 2.ICF 3.SERVICE 4.DIAGNOSIS_OPD 5.DRUG_OPD 6.PROCEDURE_OPD 7.CHARGE_OPD 8.SURVEILLANCE 9.ACCIDENT 10.LABFU 11.CHRONICFU 12.ADMISSION 13.DIAGNOSIS_IPD 14.DRUG_IPD 15.PROCEDURE_IPD 16.CHARGE_IPD 17.APPOINTMENT* 18.DENTAL 19.FP 20.COMMUNITY_ACTIVITY 21.COMMUNITY_SERVICE 22.CARE_REFER 23.CLINICAL_REFER 24.DRUG_REFER 25.INVESTIGATION_REFER 26.PROCEDURE_REFER 27.REFER_HISTORY 28.REFER_RESULT	1.REHABILITATION 2.NCDSCREEN 3.ANC 4.LABOR 5.POSTNATAL 6.NEWBORN 7.NEWBORN_CARE 8.EPI 9.NUTRITION 10.SPECIALPP	1. POLICY	1.DATA_CORRECT

หมายเหตุ : \*เพิ่มที่ส่วนกลางไม่ได้ใช้ในการประมวลผล

7. รหัสมาตรฐานและระยะเวลาการบันทึก/ปรับปรุง (update) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้าน การแพทย์และสุขภาพ

7.1. เพิ่มสะสม

เพิ่มสะสม	รหัสมาตรฐาน	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
1-PERSON	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รหัสสถานบริการ</li> <li>• รหัสคำนำหน้าชื่อ</li> <li>• รหัสเพศ</li> <li>• รหัสสถานภาพสมรส</li> <li>• รหัสอาชีพ(เก่า)</li> <li>• รหัสอาชีพ(ใหม่)</li> <li>• รหัสเชื้อชาติ</li> <li>• สัญชาติ</li> <li>• รหัสศาสนา</li> <li>• รหัสระดับการศึกษา</li> <li>• รหัสสถานะในครอบครัว</li> <li>• สถานะในชุมชน</li> <li>• รหัสสถานะสาเหตุการจำหน่าย</li> <li>• รหัสหมู่เลือด</li> <li>• รหัสหมู่เลือดRH</li> <li>• รหัสความเป็นคนต่างด้าว</li> <li>• รหัสสถานะบุคคล</li> </ul>	<p>สำรวจปีละ 1 ครั้ง/เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง (update) ส่งทุกเดือน</p>
2-ADDRESS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รหัสสถานบริการ</li> <li>• ประเภทของที่อยู่</li> <li>• หมู่ที่</li> <li>• ตำบล(ตามทะเบียนบ้าน),(ที่ติดต่อได้)</li> <li>• อำเภอ(ตามทะเบียนบ้าน),(ที่ติดต่อได้)</li> <li>• จังหวัด(ตามทะเบียนบ้าน),(ที่ติดต่อได้)</li> <li>• ลักษณะของที่อยู่</li> </ul>	<p>สำรวจปีละ 1 ครั้ง</p>
3-DEATH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รหัสสถานบริการ</li> <li>• โรคที่เป็นสาเหตุการตาย A</li> <li>• โรคที่เป็นสาเหตุการตาย B</li> <li>• โรคที่เป็นสาเหตุการตาย C</li> <li>• โรคที่เป็นสาเหตุการตาย D</li> <li>• สถานบริการที่เสียชีวิต</li> <li>• โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน</li> <li>• สาเหตุการตาย</li> </ul>	<p>สำรวจปีละ 1 ครั้ง</p>

แฟ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>การตั้งครุฑและการคลอด</li> <li>รหัสสถานที่ตาย (ใน/นอกสถานพยาบาล)</li> </ul>	
4-CHRONIC	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง</li> <li>สถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก</li> <li>สถานพยาบาลที่รับบริการประจำ</li> <li>รหัสประเภทการจำหน่ายหรือสถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด</li> </ul>	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
5-CARD	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>ประเภทสิทธิการรักษา (เก่า)</li> <li>ประเภทสิทธิการรักษา (ใหม่)</li> <li>สถานบริการหลัก</li> <li>สถานบริการรอง</li> </ul>	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
6-HOME	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>ประเภทที่อยู่</li> <li>รหัสที่ตั้ง</li> <li>รหัสการมีส่วนร่วม</li> <li>รหัสน้ำดื่มพอเพียง</li> <li>รหัสประเภทแหล่งน้ำดื่ม</li> <li>รหัสวิธีการกำจัดมูลฝอยทั่วไป</li> <li>รหัสการจัดบ้านถูกหลัก</li> <li>รหัสความคงทน</li> <li>รหัสความสะดวก</li> <li>รหัสการระบายอากาศ</li> <li>รหัสแสงสว่าง</li> <li>รหัสการบำบัด/การกำจัดน้ำเสีย</li> <li>รหัสสารปรุงแต่งในครัว</li> <li>รหัสสารควบคุมแมลงนำโรค</li> <li>รหัสสารควบคุมสัตว์นำโรค</li> <li>รหัสการจัดเก็บสารเคมีอันตราย</li> </ul>	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
7-VILLAGE	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>บ่อกำจัดน้ำเสียในชุมชน</li> <li>สถานที่จัดการมูลฝอยในชุมชน</li> </ul>	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
8-DISABILITY	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล)</li> <li>ประเภทความพิการ</li> </ul>	สำรวจปีละ 1 ครั้ง

แฟ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>สาเหตุความพิการ</li> <li>รหัสโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของความพิการ</li> </ul>	
9-PROVIDER	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล)</li> <li>เพศ</li> <li>รหัสประเภทบุคลากร</li> <li>รหัสสาขาวิชาชีพ</li> </ul>	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
10-WOMEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสวิธีการคุมกำเนิด</li> <li>รหัสสาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด</li> </ul>	สำรวจปีละ 1 ครั้ง
11-DRUGALLERGY	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสยาที่มีประวัติการแพ้ยา (24หลัก)</li> <li>ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา</li> <li>ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา</li> <li>ลักษณะอาการของการแพ้ยาที่พบ</li> <li>ผู้ให้ประวัติการแพ้ยา</li> <li>รหัสสถานพยาบาลผู้ให้ประวัติการแพ้ยา</li> </ul>	เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม
33-PRENATAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสผลการตรวจ VDRL_RS</li> <li>รหัสผลการตรวจ HB_RS</li> <li>รหัสผลการตรวจ HIV_RS</li> <li>รหัสผลการตรวจ THALASSAEMIA</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำประวัติการตั้งครรภ์ หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการตั้งครรภ์ครั้งเดิมของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ
35-LABOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสผลการสิ้นสุดการตั้งครรภ์</li> <li>สถานที่คลอด</li> <li>รหัสสถานพยาบาลที่คลอด</li> <li>วิธีการคลอด/สิ้นสุดการตั้งครรภ์</li> <li>รหัสประเภทผู้ทำคลอด</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำประวัติการตั้งครรภ์ หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการตั้งครรภ์ครั้งเดิมของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ
37-NEWBORN	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสสถานที่คลอด</li> <li>รหัสสถานพยาบาลที่คลอด</li> <li>ลำดับที่ของทารกที่คลอด</li> <li>รหัสวิธีการคลอด</li> <li>รหัสประเภทของผู้ทำคลอด</li> <li>รหัสภาวะการณืขาดออกซิเจน</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำประวัติการคลอดของทารก หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารกในเขตรับผิดชอบ

แฟ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
37-NEWBORN (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสได้รับวิตามิน K หรือไม่</li> <li>ได้รับการตรวจ TSH หรือไม่</li> </ul>	

## 7.2. แฟ้มบริการ

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
12-FUNCTIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล)</li> <li>วิธีประเมินความบกพร่อง</li> <li>ภาวะพึงพิงผู้สูงอายุ</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
13-ICF	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล)</li> <li>รหัสสภาวะสุขภาพ</li> <li>ระดับของสภาวะสุขภาพ</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และต้องบันทึกข้อมูลพร้อมกับการประเมินประเภทความพิการ ในแฟ้ม DISABILITY
14-SERVICE	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>ที่ตั้งของที่อยู่ผู้รับบริการ</li> <li>รหัสเวลามารับบริการ</li> <li>รหัสประเภทสิทธิการรักษา</li> <li>สถานบริการหลัก</li> <li>ประเภทการมารับบริการ</li> <li>สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา</li> <li>สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ</li> <li>สถานที่รับบริการ(ใน/นอกสถานพยาบาล)</li> <li>สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ</li> <li>สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป</li> <li>สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
15-DIAGNOSIS_OPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>ประเภทการวินิจฉัย</li> <li>รหัสโรคที่วินิจฉัย</li> <li>รหัสแผนกที่รับบริการ</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
16-DRUG_OPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสแผนกที่รับบริการ</li> <li>รหัสยา24หลัก</li> <li>หน่วยนับของยา</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
17-PROCEDURE_OPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รหัสสถานบริการ</li> <li>• รหัสแผนกที่รับบริการ</li> <li>• รหัสหัตถการ</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
18-CHARGE_OPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รหัสสถานบริการ</li> <li>• หมวดของค่าบริการ</li> <li>• รหัสรายการค่าบริการ</li> <li>• สิทธิการรักษาที่เบิก</li> <li>• แผนกที่รับบริการ</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
19-SURVEILLANCE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รหัสสถานบริการ</li> <li>• รหัสกลุ่มอาการที่เฝ้าระวัง</li> <li>• รหัสการวินิจฉัยแรกรับ</li> <li>• รหัส 506 แรกรับ</li> <li>• รหัสการวินิจฉัยล่าสุด</li> <li>• รหัส 506 ล่าสุด</li> <li>• รหัสตำบล (ขณะป่วย)</li> <li>• รหัสอำเภอ (ขณะป่วย)</li> <li>• รหัสจังหวัด (ขณะป่วย)</li> <li>• รหัสสภาพผู้ป่วย</li> <li>• รหัสสาเหตุการป่วย</li> <li>• รหัสชนิดของเชื้อโรค</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
20-ACCIDENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รหัสสถานบริการ</li> <li>• ประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน (19สาเหตุ)</li> <li>• สถานที่เกิดอุบัติเหตุฉุกเฉิน</li> <li>• ประเภทการมารับบริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน</li> <li>• ประเภทผู้บาดเจ็บ(อุบัติเหตุจราจร)</li> <li>• ประเภทยานพาหนะที่เกิดเหตุ (อุบัติเหตุจราจร)</li> <li>• การตีมีแอลกอฮอล์</li> <li>• การใช้ยาเสพติด</li> <li>• การคาดเข็มขัดนิรภัย</li> <li>• การสวมหมวกนิรภัย</li> <li>• การดูแลการหายใจ</li> <li>• การห้ามเลือด</li> <li>• การใส่ splint/ slab</li> <li>• การให้น้ำเกลือ</li> <li>• ระดับความเร่งด่วน</li> <li>• ระดับความรู้สึทางด้านตา</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ



แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
20-ACCIDENT (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระดับความรู้สึกทางด้านการพูด</li> <li>ระดับความรู้สึกทางด้านการเคลื่อนไหว</li> </ul>	
21-LABFU	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ (สถานพยาบาล)</li> <li>รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เดิม)</li> <li>รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ICD-10-TM)</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
22-CHRONICFU	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>ตรวจเท้า</li> <li>ตรวจจอประสาทตา</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
23-ADMISSION	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>แผนกที่รับผู้ป่วย</li> <li>ประเภทสิทธิการรักษา</li> <li>ประเภทการมารับบริการ</li> <li>สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา</li> <li>สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ</li> <li>แผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย</li> <li>สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป</li> <li>สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย</li> <li>รหัสวิธีการจำหน่ายผู้ป่วย</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
24-DIAGNOSIS_IPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>แผนกที่รับผู้ป่วย</li> <li>ประเภทการวินิจฉัย</li> <li>รหัสโรคที่วินิจฉัย</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
25-DRUG_IPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>แผนกที่รับผู้ป่วย</li> <li>ประเภทการจ่ายยา</li> <li>รหัสยา24หลัก</li> <li>หน่วยนับของยา</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ หลังสิ้นสุดการเป็นผู้ป่วยใน
26-PROCEDURE_IPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>แผนกที่รับผู้ป่วย</li> <li>รหัสหัตถการ</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
27-CHARGE_IPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>แผนกที่รับผู้ป่วย</li> <li>หมวดของค่าบริการ (รหัสหมวดค่ารักษา)</li> <li>รหัสรายการค่าบริการ</li> <li>สิทธิการรักษาที่เบิก</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
28-APPOINTMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>ประเภทกิจกรรมที่นัด</li> <li>รหัสโรคที่นัดมาตรวจ</li> <li>รหัสแผนกที่รับบริการ</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการนัดมารับบริการ
29-DENTAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>บริการใน-นอกสถานบริการ</li> <li>จำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์</li> <li>จำเป็นต้องขูดหินน้ำลาย</li> <li>ประเภทผู้ให้บริการตรวจสุขภาพทันตสุขภาพ</li> <li>จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม</li> <li>สถานะปริทันต์</li> <li>สังกัดโรงเรียนประถมศึกษา</li> <li>ระดับการศึกษา</li> </ul>	บันทึกข้อมูลเฉพาะรายที่ตรวจสถานะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่และวางแผนการส่งเสริมป้องกันและรักษา
32-FP	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสวิธีการคุมกำเนิดปัจจุบัน</li> <li>สถานที่รับบริการ(สถานพยาบาล)</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
42-COMMUNITY_ACTIVITY	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ(สถานพยาบาล)</li> <li>รหัสกิจกรรมในชุมชน</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกิจกรรมในชุมชน
43-COMMUNITY_SERVICE	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ(สถานพยาบาล)</li> <li>รหัสให้บริการในชุมชน (ระดับบุคคล)</li> </ul>	บันทึกข้อมูลทุกครั้งให้บริการในชุมชน
44-CARE_REFER	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ</li> </ul>	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ และส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย
45-CLINICAL_REFER	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสการตรวจประเมินทางคลินิก</li> </ul>	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

แฟ้มบริการ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
46-DRUG_REFER	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล</li> </ul>	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้ยากับผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
47-INVESTIGATION_REFER	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย</li> <li>ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัยที่มีค่าเป็นตัวเลข</li> </ul>	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
48-PROCEDURE_REFER	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสหัตถการและการรักษา</li> </ul>	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการทำหัตถการหรือผ่าตัดผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
49-REFER_HISTORY	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา</li> <li>แผนกที่ส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป</li> <li>ประเภทผู้ป่วย</li> <li>ระดับความเร่งด่วน</li> <li>กลุ่มโรคเฉพาะเพื่อการส่งต่อ</li> <li>สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย</li> </ul>	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
50-REFER_RESULT	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการที่รับส่งต่อ</li> <li>สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา</li> </ul>	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตอบรับการส่งต่อ/ส่งกลับ

### 7.3. แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
30-REHABILITATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ(สถานพยาบาล)</li> <li>รหัสบริการฟื้นฟูสภาพ</li> <li>รหัสกายอุปกรณ์ที่ได้รับ</li> <li>สถานที่รับบริการ</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ</li> <li>กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการศึกษาข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น</li> </ol>
31-NCDScreen	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>รหัสบริการใน-นอกสถานบริการ</li> <li>ประวัติสูบบุหรี่</li> </ul>	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

เพิ่มบริการที่สำรวจ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
31-NCDScreen (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</li> <li>• ประวัติเบาหวานในญาติสายตรง</li> <li>• ประวัติความดันสูงในญาติสายตรง</li> <li>• วิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด</li> <li>• สถานที่รับบริการคัดกรอง (สถานพยาบาล)</li> </ul>	<p>2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจ ข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น</p>
34-ANC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รหัสสถานบริการ</li> <li>• รหัสช่วงอายุครรภ์</li> <li>• รหัสผลการตรวจครรภ์</li> <li>• สถานที่รับบริการฝากครรภ์ (สถานพยาบาล)</li> </ul>	<p>1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ</p> <p>2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจ ข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น</p>
36-POSTNATAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รหัสสถานบริการ</li> <li>• รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลแม่</li> <li>• รหัสผลการตรวจมารดาหลังคลอด</li> </ul>	<p>1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ</p> <p>2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจ ข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น</p>
38-NEWBORN_CARE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รหัสสถานบริการ</li> <li>• รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลลูก</li> <li>• อาหารที่รับประทาน</li> <li>• รหัสผลการตรวจทารกหลังคลอด</li> <li>• รหัสอาหารที่รับประทานปัจจุบัน</li> </ul>	<p>1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ</p> <p>2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจ ข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น</p>
39-EPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รหัสสถานบริการ</li> <li>• รหัสชนิดวัคซีน</li> <li>• สถานที่รับวัคซีน(สถานพยาบาล)</li> </ul>	<p>1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีผู้รับบริการ</p> <p>2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจ ข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น</p>

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ	CAPTION	ระยะเวลาการบันทึกและปรับปรุง (Update)
40-NUTRITION	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>สถานที่รับบริการ(สถานพยาบาล)</li> <li>ระดับพัฒนาการเด็ก</li> <li>รหัสอาหารที่รับประทานปัจจุบัน</li> <li>รหัสการใช้ชวตนม</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ</li> <li>กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกำรสำรวจ ข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น</li> </ol>
41-SPECIALPP	<ul style="list-style-type: none"> <li>รหัสสถานบริการ</li> <li>บริการใน_นอกสถานบริการ</li> <li>รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ</li> <li>สถานที่รับบริการ(สถานพยาบาล)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>กรณีของการบริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ</li> <li>กรณีคัดกรองกลุ่มเฉพาะให้รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะไม่ต้องลงรหัสในแฟ้ม DIAGNOSIS</li> <li>กรณีของการสำรวจ ให้ทำการสำรวจ และปรับปรุงฐานข้อมูลปีละ 1 ครั้ง</li> </ol>

## 8. การเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายละเอียดในแต่ละแฟ้ม ปี 2559

### 8.1รายการแก้ไขรหัสในโครงสร้าง 43 แฟ้มปีงบประมาณ 60

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการรหัสมาตรฐานที่แก้ไข
1	DEATH	โรคที่เป็นสาเหตุการตาย A,B,C,D ปรับรหัสตาม ICD-10-TM 2016 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุ ปรับรหัสตาม ICD-10-TM 2016 สาเหตุการตาย ปรับรหัสตาม ICD-10-TM 2016 การตั้งครรภ์และการคลอด ปรับรหัสตาม ICD-10-TM 2016 (ตัด S,T,Z ออก) การตั้งครรภ์และการคลอด (ตัด 3,4,9 ออก)
2	CHRONIC	รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง ปรับตาม ICD-10-TM 2016
3	HOME	รหัสประเภทที่อยู่ เพิ่มรหัส 6=ศาสนสถาน
4	DISABILITY	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของความพิการ ปรับตาม ICD-10-TM 2016
5	PROVIDER	รหัสประเภทบุคลากร เพิ่มรหัส 10=ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
6	SERVICE	สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ เพิ่มรหัส 9=การให้บริการโดยไม่มีคำวินิจฉัยโรค
7	DIAGNOSIS_OPD	รหัสโรคที่วินิจฉัย ปรับตาม ICD-10-TM 2016

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการรหัสมาตรฐานที่แก้ไข
8	PROCEDURE_OPD	รหัสหัตถการ ปรับตาม ICD-9- CM หรือ ICD-10- TM 2016 (ไฟล์ Mapping) และหัตถการแผนไทย / แผนจีน รหัสแผนกที่รับบริการ เพิ่มรหัส 26= ตจวิทยาคลินิก (ผิวหนัง)
10	SURVEILLANCE	รหัสการวินิจฉัยแรกรับ ปรับตาม ICD-10-TM 2016 รหัส506แรกรับ (โรคที่เฝ้าระวัง) ปรับตาม ICD-10-TM 2016 รหัสการวินิจฉัยล่าสุด (โรคที่เฝ้าระวัง) ปรับตาม ICD-10-TM 2016 รหัส506ล่าสุด (โรคที่เฝ้าระวัง) ปรับตาม ICD-10-TM 2016
11	LABFU	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปรับตาม ICD-10-TM 2016
12	ADMISSION	รหัสวิธีการจำหน่ายผู้ป่วย (เพิ่มภาษาไทย ตามคู่มือ Discharge Summary)
13	DIAGNOSIS_IPD	รหัสโรคที่วินิจฉัย ปรับตาม ICD-10-TM 2016
15	PROCEDURE_IPD	รหัสหัตถการ ปรับตาม ICD-9- CM หรือ ICD-10- TM 2016 (ไฟล์ Mapping) และหัตถการแผนไทย / แผนจีน
16	APPOINTMENT	รหัสโรคที่นัดมาตรวจ ปรับตาม ICD-10-TM 2016
17	LABOR	รหัสผลการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ปรับตาม ICD-10-TM 2016
18	EPI	รหัสวัคซีน ปรับตามสำนักวัคซีน 2559
19	SPECIALPP	เพิ่มเติมฐานข้อมูลรหัสรหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ
20	POLICY	เพิ่มฐานข้อมูลรหัสนโยบาย

## 8.2 รายการแก้ไขโครงสร้าง 43 แฟ้มปีงบประมาณ 60

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการแก้ไข
1	ADDRESS	ขอบเขตข้อมูล 2. ผู้มารับบริการที่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
2	DEATH	ตัดคำว่า ส่วนกลางไม่ได้ใช้แฟ้มนี้
3	CHRONIC	แก้ไขรายละเอียดตามหัวข้อดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- นิยามข้อมูล ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ</li> <li>- ขอบเขตข้อมูล 1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาล ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ</li> </ul>

ลำดับ	ชื่อเพิ่ม	รายการแก้ไข
3	CHRONIC (ต่อ)	- หมายเหตุ - ข้อมูลผู้ป่วยโรครีอริงในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรักษาโดยสถานพยาบาลอื่น จะเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยโรครีอริงในเขตรับผิดชอบที่ครบถ้วน วันที่ตรวจพบครั้งแรก กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
4	CARD	ตัดคำว่า ส่วนกลางไม่ได้ใช้เพิ่มนี้ เพิ่มเติมหมายเหตุ ลำดับที่ 3 ยกเลิก ให้ใช้ลำดับที่ 4 แทน
5	HOME	ลำดับที่ 4 ประเภทที่อยู่ ใช้รหัสตามที่สนย.กำหนด
6	PROVIDER	ลำดับที่ 11 รหัสประเภทบุคลากร เพิ่มรหัส 10 = ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
7	SERVICE	เพิ่มรหัส 9 = การให้บริการโดยไม่มีคำวินิจฉัยโรค ในฐานข้อมูลสถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ
8	DIAGNOSIS_OPD	วันที่ให้บริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
9	DRUG_OPD	วันที่ให้บริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
10	PROCEDURE_OPD	วันที่ให้บริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
11	CHARGE_OPD	วันที่ให้บริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
12	ACCIDENT	วันที่และเวลามาใช้บริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
13	LABFU	นิยามข้อมูล ตัดในวงเล็บออก (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ขอบเขตข้อมูล เพิ่มข้อ 3. <u>ผู้ป่วยที่เป็นโรครีอริงอื่นที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</u> รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปรับปรุงใหม่ตาม ICD-10-TM 2016
14	CHRONICFU	วันที่ตรวจ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
15	ADMISSION	วันที่และเวลาจำหน่ายผู้ป่วย กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
16	DIAGNOSIS_IPD	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK เพิ่มลำดับที่ 24 - 31
17	DRUG_IPD	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
18	PROCEDURE_IPD	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
19	CHARGE_IPD	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
20	APPOINTMENT	วันที่ให้บริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
21	DENTAL	วันที่ให้บริการ กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK
22	NCDSCREEN	ลำดับที่ 6-9 ตัดแท็บสีเหลืองออก (เดิม) ออก ลำดับที่ 18 ลดแท็บสีเหลืองออก

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการแก้ไข
23	LABOR	<p>แก้ไขรายละเอียดตามหัวข้อดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>นิยามข้อมูล ข้อมูลประวัติการคลอด หรือการสิ้นสุดการตั้งครรภ์</u> ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และ/หรือหญิงคลอดผู้มารับบริการ</li> <li>- <u>ลักษณะแฟ้ม แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ</u></li> <li>- <u>ขอบเขตข้อมูล</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอด <u>หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์</u>ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ</li> <li>2. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอด <u>หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์</u>ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการคลอด</li> </ol> </li> <li>- <u>หมายเหตุ ข้อมูลประวัติการคลอด หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์</u> และ <u>ตรวจหลังคลอด</u> ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงคลอดที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ</li> </ul> <p>ตัดหมายเหตุท้ายตารางออก <u>หมายเหตุ</u>: ลำดับที่ 9 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล</p>
25	NEWBORN	<p>แก้ไขรายละเอียดตามหัวข้อดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>นิยามข้อมูล ข้อมูลประวัติการคลอดของทารกจากหญิง</u> ในเขตรับผิดชอบ <u>หรือทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ</u></li> <li>- <u>ลักษณะแฟ้ม แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ</u></li> <li>- <u>ขอบเขตข้อมูล 2. ทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ</u></li> <li>- <u>เวลา/รอบที่ทำการบันทึก 2. บันทึกข้อมูลทุกครั้ง</u>ที่ทราบประวัติการคลอดของทารก <u>หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารก</u>ที่มาคลอดที่หน่วยบริการ</li> </ul> <p>ลำดับที่ 14 (สภาวะการณ์ขาดออกซิเจน) แก้ไข แอปพาร์ (ที่ 1 นาที) ใส่ค่าคะแนนจริง 0-10, 99 = ไม่ทราบ</p> <p>วันที่คลอด กำหนด Y ในคอลัมภ์ PK</p>
26	DATA_CORRECT	แฟ้มเพิ่มใหม่
27	POLICY	แฟ้มเพิ่มใหม่



## 10. โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ และการส่งต่อผู้ป่วย

โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

version 2.2 (กันยายน 2559)

ชื่อแฟ้ม (1)	PERSON								
นิยามข้อมูล	ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในเขตรับผิดชอบ และผู้ที่มาใช้บริการ								
ลักษณะแฟ้ม	<input checked="" type="checkbox"/> แฟ้มสะสม <input type="checkbox"/> แฟ้มบริการ <input type="checkbox"/> แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ								
หน่วยงานที่บันทึก	<input checked="" type="checkbox"/> รพ.สต. <input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> รพท. <input checked="" type="checkbox"/> รพศ. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ :								
ขอบเขตข้อมูล	1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ 2. ประชาชนทุกคนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ 3. ผู้มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ								
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม เช่น เปลี่ยนสถานะเป็นตายให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ								
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ								
No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)	
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y	
2	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก	✓	CID		C	13		
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓	PID	Y	C	15	Y	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	รหัสบ้าน	รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม HOME และรหัสนี้จะซ้ำกันได้หากบุคคลอาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน อ้างอิงเพื่อค้นหาบ้านในแฟ้ม HOME (หลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ) กรณีที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ หมายเหตุ : กรณีไม่เป็นค่าว่างอ้างอิงตาม HID ในแฟ้ม HOME	✓	HID		C	14	
5	คำนำหน้า	คำนำหน้าชื่อ อ้างอิงมาตรฐานตามกรมการปกครอง	✓	PRENAME		C	3	Y
6	ชื่อ	ชื่อ	✓	NAME		C	50	Y
7	นามสกุล	นามสกุล	✓	LNAME		C	50	Y
8	เลขที่ผู้ป่วนอก (HN)	เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่มีเลขทะเบียนที่ต่างไปจาก PID		HN		C	15	
9	เพศ	1 = ชาย , 2 = หญิง	✓	SEX		C	1	Y
10	วันเกิด	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวัน เดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ.นั้นๆ) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31และสามารถคำนวณเป็นวันที่ตามมาตรฐานได้	✓	BIRTH		C	8	Y
11	สถานะสมรส	1 = โสด, 2 = คู่, 3 = หม้าย, 4 = หย่า, 5 = แยก, 6 = สมณะ, 9 =ไม่ทราบ	✓	MSTATUS		C	1	
12	อาชีพ(รหัสเก่า)	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		OCCUPATION_OLD		C	3	
13	อาชีพ(รหัสใหม่)	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	OCCUPATION_NEW		C	4	
14	เชื้อชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง		RACE		C	3	
15	สัญชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง ถ้าไม่ทราบให้ระบุ 999 ตามรหัสมาตรฐาน	✓	NATION		C	3	Y
16	ศาสนา	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	RELIGION		C	2	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
17	ระดับการศึกษา	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	EDUCATION		C	2	
18	สถานะในครอบครัว	1 = เจ้าบ้าน , 2 = ผู้อาศัย		FSTATUS		C	1	
19	รหัส CID บิดา	รหัสบัตรประชาชนของบิดา หมายเหตุ : กรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	✓	FATHER		C	13	
20	รหัส CID มารดา	รหัสบัตรประชาชนของมารดา หมายเหตุ : กรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	✓	MOTHER		C	13	
21	รหัส CID คู่สมรส	รหัสบัตรประชาชนของคู่สมรส		COUPLE		C	13	
22	สถานะในชุมชน	1 = กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, 2 = อสม., 3 = แพทย์ประจำตำบล, 4 = สมาชิกอบต., 5 = อื่นๆ	✓	VSTATUS		C	1	
23	วันที่ย้ายเข้ามาเขตพื้นที่	วันเดือนปีที่ย้ายเข้า ในเขตรับผิดชอบ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31และ สามารถคำนวณเป็นวันที่ตามมาตรฐานได้		MOVEIN		C	8	
24	สถานะ/สาเหตุการจำหน่าย	1 = ตาย, 2 = ย้าย, 3 = สบสูญ, 9 =ไม่จำหน่าย หมายเหตุ : กรณี ผู้รับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบหรือคนในเขตที่ยังไม่จำหน่าย ให้เป็น 9	✓	DISCHARGE		C	1	
25	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31และ สามารถคำนวณเป็นวันที่ตามมาตรฐานได้ บันทึกเฉพาะกรณีสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (No.24) เป็น 1 = ตาย , 2 = ย้าย , 3 = สบสูญ		DDISCHARGE		C	8	
26	หมู่เลือด	1 = A , 2 = B , 3 = AB , 4 = O , 9 = ไม่ทราบ	✓	ABOGROUP		C	1	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
27	หมู่เลือด RH	1 = positive , 2 = negative	✓	RHGROUP		C	1	
28	รหัสความเป็นคนต่างด้าว	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : เฉพาะกรณีที่เป็นประชากรต่างด้าว	✓	LABOR		C	2	
29	เลขที่ passport	เลขที่ passport หมายเหตุ : กรณีที่เป็นประชากรต่างด้าวที่มีเลขที่ passport		PASSPORT		C	8	
30	สถานะบุคคล	1=มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 2= มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง 3= มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ(ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ)แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ 4= ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามารับบริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 5=มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่ได้ชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ เช่น คนเร่ร่อน ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น หมายเหตุ กรณีที่เป็นต่างด้าวที่มาอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบสามารถลงเป็น 3 ได้ กรณีต่างด้าวนอกเขตสามารถลงเป็น 4 ได้ กรณีที่ต่างด้าวมาอยู่ในทะเบียนบ้านสามารถลงเป็น 1 ได้	✓	TYPEAREA		C	1	Y
31	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 12 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

## ชื่อแฟ้ม (2)

## ADDRESS

นิยามข้อมูล

ข้อมูลที่อยู่ของผู้ที่มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ หรือประชาชนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบแต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
2. ผู้มารับบริการที่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

หมายเหตุ

- ประชาชนผู้ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ข้อมูลที่อยู่ จะอยู่ในแฟ้ม HOME
- ข้อมูลที่อยู่ในแฟ้ม ADDRESS จะบันทึกเฉพาะข้อมูลที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเฉพาะกรณีที่มีทะเบียนบ้านไม่ตรงกับที่อยู่จริงในเขตรับผิดชอบเท่านั้น
- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ประเภทของที่อยู่	1 = ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน, 2 = ที่อยู่ติดต่อได้	✓	ADDRESSTYPE	Y	C	1	Y
4	รหัสบ้านตามกรมการปกครอง	เลขประจำบ้าน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำบ้าน		HOUSE_ID		C	11	
5	ลักษณะของที่อยู่	1 = บ้านเดี่ยว บ้านแฝด, 2 = ทาวน์เฮาส์ ทาวน์โฮม, 3 = คอนโดมิเนียม, 4 = อพาร์ทเมนท์ หอพัก, 5 = บ้านพักคนงาน, 8 = อื่นๆ, 9 = ไม่ทราบ	✓	HOUSETYPE		C	1	Y
6	เลขห้อง	หมายเลขห้อง กรณีอาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		ROOMNO		C	10	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	ชื่ออาคารชุด	ชื่ออาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		CONDO		C	75	
8	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่		HOUSENO		C	75	
9	ซอยแยก	ชื่อซอยแยก		SOISUB		C	255	
10	ซอยหลัก	ชื่อซอยหลัก		SOIMAIN		C	255	
11	ถนน	ชื่อถนน		ROAD		C	255	
12	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร		VILLANAME		C	255	
13	หมู่ที่	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น หมายเหตุ : กรณีอยู่ในเขตเทศบาลใช้ 00 กรณีไม่ทราบใช้ 99	✓	VILLAGE		C	2	Y
14	ตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	TAMBON		C	2	Y
15	อำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	AMPUR		C	2	Y
16	จังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	CHANGWAT		C	2	Y
17	เบอร์โทรศัพท์	เบอร์โทรศัพท์		TELEPHONE		C	15	
18	เบอร์โทรศัพท์มือถือ	เบอร์โทรศัพท์มือถือ		MOBILE		C	15	
19	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (3)

## นิยามข้อมูล

## ลักษณะแฟ้ม

## หน่วยงานที่บันทึก

## ขอบเขตข้อมูล

## เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

## หมายเหตุ

## นิยามที่เกี่ยวข้อง

## DEATH

ข้อมูลประวัติการเสียชีวิตของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ

2. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

2. กรณีที่มีผู้เสียชีวิตหลังเดือนสิงหาคม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

3. กรณีที่มีผู้มารับบริการแล้วเสียชีวิตรายใหม่ หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการที่เสียชีวิตรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม

- กรณีเสียชีวิตในสถานพยาบาล สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูล

- สถานบริการระดับปฐมภูมิจะบันทึกข้อมูลประชาชนในเขตรับผิดชอบที่เสียชีวิต เฉพาะกรณีเสียชีวิตนอกสถานพยาบาล

และกรณีเสียชีวิตในสถานพยาบาลที่อยู่นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)		PID	Y	C	15	Y
3	สถานบริการที่เสียชีวิต	รหัสสถานพยาบาล ที่เป็นสถานที่เสียชีวิต กรณีเสียชีวิตในสถานพยาบาล กรณีไม่ทราบว่าจะตายในสถานพยาบาลใดให้บันทึก "00000"		HOSPDEATH		C	5	
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน กรณีที่ผู้เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล		AN		C	9	



No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) โดยเป็นครั้งที่เสียชีวิต		SEQ		C	16	
6	วันที่ตาย	วันเดือนปีที่ตาย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		DDEATH		D	8	Y
7	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_a	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_A		C	6	Y
8	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_b	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_B		C	6	
9	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_c	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_C		C	6	
10	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_d	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_D		C	6	
11	รหัสโรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุ	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		ODISEASE		C	6	
12	สาเหตุการตาย	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด) หมายเหตุ : ไม่เป็นคำว่างและอ้างอิงตามรหัส ICD10TM ยกเว้นรหัส S,T,Z เนื่องจากรหัส S,T เป็นการให้รหัสการบาดเจ็บและการเป็นพิษ ส่วนรหัส Z เป็นรหัสการให้บริการด้านสุขภาพ		CDEATH		C	6	Y
13	การตั้งครรภ์และการคลอด	1 = เสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ 2 = เสียชีวิตระหว่างคลอดหรือหลังคลอดภายใน 42 วัน หมายเหตุ : เฉพาะหญิงตั้งครรภ์		PREGDEATH		C	1	
14	สถานที่ตาย	1 = ในสถานพยาบาล 2 = นอกสถานพยาบาล		PDEATH		C	1	Y
15	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน		PROVIDER		C	15	
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (4)

## CHRONIC

## นิยามข้อมูล

ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ

## ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

## หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

## ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาล ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ

## เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ หรือปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

## หมายเหตุ

- บันทึกผลการสำรวจภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

- ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรักษาโดยสถานพยาบาลอื่น จะเป็นการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตรับผิดชอบที่ครบถ้วน

- ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค ก็จะมีมากกว่า 1 record และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิมสำหรับโรคนั้น ของผู้ป่วยรายนั้น

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

## นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	วันที่ตรวจพบครั้งแรก	วันเดือนปีที่ตรวจพบครั้งแรก หมายเหตุ : วันเดือนปีที่ได้รับการวินิจฉัย/ตรวจพบครั้งแรก กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_DIAG	Y	D	8	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง	รหัสโรค ICD - 10 - TM	✓	CHRONIC	Y	C	6	Y
5	สถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก	รหัสสถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก	✓	HOSP_DX		C	5	
6	สถานพยาบาลที่รับบริการประจำ	รหัสสถานพยาบาลที่ไปรับบริการประจำ		HOSP_RX		C	5	
7	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : บันทึกกรณีที่สามารถระบุประเภทการจำหน่าย หรือ สถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด (No. 8) ยกเว้น 03 = ยังรักษาอยู่, 05 = รอจำหน่าย/เฝ้าระวัง กำหนดรูปแบบเป็น YYYY =ปี.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_DISCH		D	8	
8	ประเภทการจำหน่าย หรือสถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด	01 = หาย , 02 = ตาย , 03 = ยังรักษาอยู่ , 04 = ไม่ทราบ(ไม่มีข้อมูล) , 05 = รอจำหน่าย/เฝ้าระวัง, 06 = ขาดการรักษาไม่มาติดต่ออีก (ทราบว่าขาดการรักษา), 07 = ครบการรักษา, 08 = โรคอยู่ในภาวะสงบ (inactive) ไม่มีความจำเป็นต้องรักษา, 09 = ปฏิเสธการรักษา, 10 = ออกจากพื้นที่, 11 = กลับเป็นซ้ำ	✓	TYPEDISCH		C	2	Y
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 6 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (5)	CARD
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
ลักษณะแฟ้ม	<input checked="" type="checkbox"/> แฟ้มสะสม <input type="checkbox"/> แฟ้มบริการ <input type="checkbox"/> แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	<input checked="" type="checkbox"/> รพ.สต. <input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> รพท. <input checked="" type="checkbox"/> รพศ. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ 2. ผู้รับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม
หมายเหตุ	- บันทึกข้อมูลการมีหลักประกันสุขภาพทุกสิทธิที่มี - หากมีสิทธิใดที่สิ้นสุด ให้บันทึกวันที่สิ้นสุดของสิทธินั้น
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)		PID	Y	C	15	Y
3	ประเภทสิทธิการรักษา (รหัสเดิม)	รหัสสิทธิมาตรฐาน เดิม		INSTYPE_OLD		C	2	
4	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐานที่กำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		INSTYPE_NEW	Y	C	4	Y
5	เลขที่บัตรสิทธิ	หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา		INSID		C	18	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	วันที่ออกบัตร	วันเดือนปีที่ออกบัตร กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปี.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		STARTDATE		D	8	
7	วันที่หมดอายุ	วันเดือนปีที่บัตรหมดอายุ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปี.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		EXPIREDATE		D	8	
8	สถานบริการหลัก	รหัสสถานพยาบาลหลักคู่สัญญา กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคม ตามมาตราฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : บันทึกกรณีประเภทสิทธิการรักษา เป็นสิทธิ UC		MAIN		C	5	
9	สถานบริการรอง	รหัสสถานพยาบาลปฐมภูมิ กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสถานพยาบาลใน เครือข่าย 1 แห่ง (ถ้ามี) สำหรับประกันสังคม ตามมาตราฐานจาก สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : บันทึกกรณีประเภทสิทธิการรักษา เป็นสิทธิ UC		SUB		C	5	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	(YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 3 ยกเลิก ให้ใช้ลำดับที่ 4 แทน

ชื่อแฟ้ม (6)	HOME
นิยามข้อมูล	ข้อมูลที่ตั้งและสุขภาพของหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	<input checked="" type="checkbox"/> แฟ้มสะสม <input type="checkbox"/> แฟ้มบริการ <input type="checkbox"/> แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	<input checked="" type="checkbox"/> รพ.สต. <input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> รพท. <input checked="" type="checkbox"/> รพศ. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. หลังคาเรือนทุกหลังในเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. เมื่อมีหลังคาเรือนใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของหลังคาเรือนเดิม
หมายเหตุ	- 1 หลังคาเรือน จะมีเพียง 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเขตรับผิดชอบที่ทำให้หลังคาเรือนนั้นอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ให้บันทึกวันที่แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	รหัสบ้าน	รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน	✓	HID	Y	C	14	Y
3	รหัสบ้านตามกรมการปกครอง	เลขประจำบ้าน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำบ้าน		HOUSE_ID		C	11	
4	ประเภทที่อยู่	รหัสตามที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด	✓	HOUSETYPE		C	1	Y
5	เลขห้อง	หมายเลขห้อง กรณีอาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		ROOMNO		C	10	
6	ชื่ออาคารชุด	ชื่ออาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		CONDO		C	75	
7	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่		HOUSE		C	75	
8	ซอยแยก	ชื่อซอยแยก		SOISUB		C	255	
9	ซอยหลัก	ชื่อซอยหลัก		SOIMAIN		C	255	
10	ถนน	ชื่อถนน		ROAD		C	255	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
11	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร		VILLANAME		C	255	
12	หมู่ที่	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)		VILLAGE		C	2	
13	ตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	TAMBON		C	2	
14	อำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	AMPUR		C	2	
15	จังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	CHANGWAT		C	2	
16	เบอร์โทรศัพท์	เบอร์โทรศัพท์ เสนอรับความกว้างเป็น 21	✓	TELEPHONE		C	15	
17	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ละติจูด)	พิกัดละติจูดของครัวเรือน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LATITUDE		N	10	
18	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของครัวเรือน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LONGITUDE		N	10	
19	จำนวนครอบครัว	เป็นตัวเลข เช่น 1,2,3 เป็นต้น หากไม่มีใส่ 0	✓	NFAMILY		C	2	
20	ที่ตั้ง	1 = ในเขตเทศบาล , 2 = นอกเขตเทศบาล	✓	LOCATYPE		C	1	
21	รหัส อสม.	มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON		VHVID		C	15	
22	รหัส เจ้าบ้าน	มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON		HEADID		C	15	
23	การมีส้วมและประเภทการมีส้วม	0 = ไม่มี, 1 = มี ส้วมนั่งราบ บำบัดด้วยบ่อเกรอะ, 2 = มี ส้วมนั่งยอง บำบัดด้วยบ่อเกรอะ, 3 = มี ส้วมนั่งราบ บำบัดด้วยถังสำเร็จรูป, 4 = มี ส้วมนั่งยอง บำบัดด้วยถังสำเร็จรูป, 5 = มีมากกว่า 1 ประเภท, 9 = ไม่ทราบ		TOILET		C	1	
24	น้ำดื่มพอเพียงตลอดปี	0 = ไม่เพียงพอ , 1 = เพียงพอ , 9 = ไม่ทราบ		WATER		C	1	
25	ประเภทแหล่งน้ำดื่มที่บริโภคเป็นประจำ	1 = น้ำฝน, 2 = น้ำประปา, 3 = น้ำบาดาล, 4 = บ่อน้ำตื้น, 5= สระน้ำ แม่น้ำ, 6 = น้ำบรรจุเสร็จ , 7 = น้ำตู้หยอดเหรียญ , 9 = ไม่ทราบ		WATERTYPE		C	1	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
26	วิธีการกำจัดมูลฝอยทั่วไป	1 = กำจัดเองโดยการฝัง, 2 = กำจัดเองโดยการเผา, 3 = กำจัดเองโดยการหมักทำปุ๋ย, 4 = กองทิ้ง, 5 = ทิ้งถิ่นให้บริการ, 9 = ไม่ทราบ		GARBAGE		C	1	
27	การจัดบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย และถูกสุขลักษณะ	0 = ไม่ถูก, 1 = ถูก, 9 = ไม่ทราบ		HOUSING		C	1	
28	ความคงทนถาวร	0 = ไม่คงทน, 1 = คงทน 1-4 ปี, 2 = คงทน 5 ปี ขึ้นไป, 9 = ไม่ทราบ		DURABILITY		C	1	
29	ความสะอาด	0 = ไม่สะอาด, 1 = สะอาด, 9 = ไม่ทราบ		CLEANLINESS		C	1	
30	การระบายอากาศ	0 = ไม่ระบาย, 1 = ระบาย, 9 = ไม่ทราบ		VENTILATION		C	1	
31	แสงสว่าง	0 = ไม่เพียงพอ, 1 = เพียงพอ, 9 = ไม่ทราบ		LIGHT		C	1	
32	การบำบัด/กำจัดน้ำเสีย	0 = ไม่บำบัด/กำจัด, 1 = ลงบ่อซึม, 2 = ลงบ่อเกรอะ, 3 = ลงระบบบำบัดน้ำเสียรวม, 9 = ไม่ทราบ		WATERTM		C	1	
33	สารปรุงแต่งในครัว	0 = ไม่ใช้, 1 = ใช้, 9 = ไม่ทราบ		MFOOD		C	1	
34	การควบคุมแมลงนำโรค	0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม, 9 = ไม่ทราบ		BCONTROL		C	1	
35	การควบคุมสัตว์นำโรค	0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม, 9 = ไม่ทราบ		ACONTROL		C	1	
36	การจัดเก็บสารเคมีอันตรายในบ้าน	0 = ไม่มีการจัดเก็บ, 1 = เก็บในตู้มิดชิด, 2 = เก็บใส่ในภาชนะอื่นๆ, 9 = ไม่ทราบ		CHEMICAL		C	1	
37	วันที่แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ	วันที่หลังคาเรือนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณีแบ่งพื้นที่ใหม่ กรณีไม่เป็นค่าว่างมี รูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		OUTDATE		DT	14	
38	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 23-37 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล



## ชื่อเพิ่ม (7)

## VILLAGE

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

ลักษณะเพิ่ม

 เพิ่มสะสม  เพิ่มบริการ  เพิ่มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ชุมชนหรือหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	รหัสชุมชนในเขตรับผิดชอบ	รหัสชุมชน ตามมหาดไทย เป็นจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน (CCAATTMM) หากจัดในระดับตำบล ในส่วนของหมู่บ้านให้ใส่ "00"	✓	VID	Y	C	8	Y
3	จำนวนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก	จำนวนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	NTRADITIONAL		N		
4	จำนวนพระในชุมชน	จำนวนพระ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	NMONK		N		
5	จำนวนผู้นำในศาสนาในชุมชน	จำนวนผู้นำศาสนา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	NRELIGIONLEADER		N		
6	จำนวนหอกระจายข่าว	จำนวนหอกระจายข่าว ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NBROADCAST		N		
7	จำนวนสถานีวิทยุชุมชน	จำนวนสถานีวิทยุชุมชน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NRADIO		N		
8	จำนวนศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน	จำนวนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NPCHC		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
9	จำนวนคลินิก	จำนวนคลินิก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NCLINIC		N		
10	จำนวนร้านขายยา	จำนวนร้านขายยา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NDRUGSTORE		N		
11	จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NCHILDCENTER		N		
12	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NPSCHOOL		N		
13	จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา	จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NSSCHOOL		N		
14	จำนวนวัด	จำนวนวัด ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NTEMPLE		N		
15	จำนวนศาสนสถานอื่นๆ	จำนวนศาสนสถาน เช่น โบสถ์ มัสยิด สถานปฏิบัติธรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NRELIGIOUSPLACE		N		
16	จำนวนตลาดสด	จำนวนตลาดประเภทที่ 1 (ตลาดสด) ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NMARKET		N		
17	จำนวนร้านขายของชำ	จำนวนร้านขายของชำ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NSHOP		N		
18	จำนวนร้านอาหาร	จำนวนร้านอาหาร ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NFOODSHOP		N		
19	จำนวนหาบเร่ แผงลอย	จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหารในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NSTALL		N		
20	จำนวนถังเก็บน้ำฝน	จำนวนถังเก็บน้ำฝน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NRAINTANK		N		
21	จำนวนฟาร์มสัตว์ปีก	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสัตว์ปีก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NCHICKENFARM		N		
22	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสุกร	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสุกร ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓	NPIGFARM		N		
23	ระบบกำจัดน้ำเสียในชุมชน	0 = ไม่มี, 1 = มี, 9 = ไม่ทราบ	✓	WASTEWATER		C	1	
24	สถานที่จัดการมูลฝอยในชุมชน	0 = ไม่ทราบ, 1 = ไม่มี, 2 = มีสถานที่ฝังกลบ, 3 = มีสถานที่เผา, 4 = มีสถานที่รวบรวม คัดแยก และนำมูลฝอยไปใช้ประโยชน์, 5 = มีสถานที่รวบรวมมูลฝอยเพื่อนำไปกำจัดที่อื่น, 6 = มีสถานที่หมักทำปุ๋ย, 9 = กำจัดขยะด้วยวิธีอื่น	✓	GARBAGE		C	1	
25	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NFACTORY		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
26	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ละติจูด)	พิกัดละติจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LATITUDE		N		
27	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LONGITUDE		N		
28	วันที่แยกชุมชนออกนอกเขต	วันที่ชุมชนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณีแบ่งพื้นที่ใหม่ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDD โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		OUTDATE		D	8	
29	จำนวนแหล่งอบายมุข	บ่อนการพนัน สถานบริการทางเพศ คาราโอเกะ ผับบาร์ รวมทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลขมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับศูนย์		NUMACTUALLY		N		
30	ประเภทของความเสี่ยงต่อภัยพิบัติ	ลักษณะความเสี่ยงต่อภัยพิบัติทางธรรมชาติ	✓	RISKTYPE		C	3	
31	จำนวนชุมชนต่างดาว	จำนวนชุมชนต่างดาวในหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NUMSTATELESS		N		
32	จำนวนชมรมออกกำลังกาย	จำนวนชมรมออกกำลังกาย ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NEXERCISECLUB		N		
33	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NOLDERLYCLUB		N		
34	จำนวนชมรมผู้พิการ	จำนวนชมรมผู้พิการ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NDISABLECLUB		N		
35	จำนวนชมรม To Be Number 1	จำนวนชมรม To Be Number 1 ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NNUMBERONECLUB		N		
36	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 9-10, 12-15, 17-20, 28-29 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (8)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

DISABILITY

ข้อมูลผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

1. ผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม และต้องส่งออกมาทุกครั้ง
3. เมื่อระบุประเภทความพิการแล้ว ต้องไปประเมินในแฟ้ม ICF ทุกครั้ง

- ข้อมูลผู้พิการในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรักษาโดยสถานพยาบาลอื่น จะเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลผู้พิการในเขตรับผิดชอบที่ครบถ้วน
- ผู้พิการที่มี 1 ประเภทความพิการ จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 ประเภทความพิการ ก็จะมีมากกว่า 1 record และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิม สำหรับความพิการนั้น ของผู้พิการรายนั้น
- ตาม พรบ. มาตรา 4 ผู้พิการ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือจิตใจตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนด ในกฎกระทรวง หรือบุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ
- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

version 2.2 (กันยายน 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพพลภาพ (ออกโดยกระทรวงการพัฒนาลำบากและความมั่นคงของมนุษย์)	✓	DISABID		C	13	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
4	ประเภทความพิการ	รหัสประเภทความพิการ (7 ประเภท)	✓	DISABTYPE	Y	C	1	Y
5	สาเหตุความพิการ	1 = ความพิการแต่กำเนิด, 2 = ความพิการจากกราบาดเจ็บ, 3 = ความพิการจากโรค	✓	DISABCAUSE		C	1	
6	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็น สาเหตุของความพิการ	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บตาม ICD - 10 - TM ที่เป็นสาเหตุของความพิการ	✓	DIAGCODE		C	6	
7	วันที่ตรวจพบความพิการ	วันเดือนปีที่ตรวจพบความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่ รับบริการจริง	✓	DATE_DETECT		D	8	Y
8	วันที่เริ่มมีความพิการ	วันเดือนปีที่เริ่มมีความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่ รับบริการจริง	✓	DATE_DISAB		D	8	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (9)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

### PROVIDER

ข้อมูลผู้ให้บริการของสถานพยาบาล

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

1. แพทย์และทันตแพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วย
2. บุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ตรวจรักษา หรือให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค
3. บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยฯ ที่ให้บริการ
4. บุคลากรสาขาอื่น (ที่กำหนด) ที่ทำหน้าที่ให้บริการ
5. อาสาสมัครสาธารณสุข

1. ตรวจสอบปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. เมื่อมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลของบุคลากรผู้ให้บริการ และต้องส่งออกมาทุกครั้ง

- บุคลากร 1 คน จะมี 1 record เมื่อมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลของบุคลากรผู้ให้บริการ ให้ทำการปรับปรุงข้อมูลใน record เดิม ของบุคลากรคนนั้น
- บุคลากรผู้ให้บริการ หมายถึง ทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และสถานบริการระดับปฐมภูมิ

version 2.2 (กันยายน 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER	Y	C	15	Y
3	หมายเลขทะเบียนวิชาชีพ	หมายเลขทะเบียนที่ออกให้โดยสภาวิชาชีพ	✓	REGISTERNO		C	15	
4	รหัสสภาวิชาชีพ	รหัสสภาวิชาชีพผู้ออกหมายเลขทะเบียนวิชาชีพ	✓	COUNCIL		C	2	
5	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล	✓	CID		C	13	Y
6	คำนำหน้า	คำนำหน้าชื่อ มาตรฐานตามกรมการปกครอง		PRENAME		C	3	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	ชื่อ	ชื่อ	✓	NAME		C	50	Y
8	นามสกุล	นามสกุล	✓	LNAME		C	50	Y
9	เพศ	1 = ชาย 2 = หญิง	✓	SEX		C	1	Y
10	วันเกิด	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวันเดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ.นั้นๆ) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BIRTH		D	8	Y
11	รหัสประเภทบุคลากร	รหัสประเภทบุคลากร 01 = แพทย์ 02 = ทันตแพทย์ 03 = พยาบาลวิชาชีพ (ที่ทำหน้าที่ตรวจรักษา) 04 = เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 05 = นักวิชาการสาธารณสุข 06 = เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 07 = อสม.(ผู้ให้บริการในชุมชน) 08 = บุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก (ที่มีวุฒิการศึกษาหรือผ่านการอบรมตามเกณฑ์) 09 = อื่นๆ 10 = ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	✓	PROVIDERTYPE		C	2	Y
12	วันที่เริ่มปฏิบัติงาน	วันที่เริ่มปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลนี้	✓	STARTDATE		D	8	Y
13	วันที่สิ้นสุดการปฏิบัติงาน	วันที่สิ้นสุดการปฏิบัติงานสถานพยาบาลนี้	✓	OUTDATE		D	8	
14	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายมา	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายมา ตามมาตรฐานสำนักนยบายและยุทธศาสตร์		MOVEFROM		C	5	
15	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายไป	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายไป ตามมาตรฐานสำนักนยบายและยุทธศาสตร์		MOVETO		C	5	
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (10)

WOMEN

นิยามข้อมูล

ข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี ที่อยู่กินกับสามี ทั้งที่แต่งงานและไม่แต่งงาน ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

หมายเหตุ

- หญิงวัยเจริญพันธุ์ 1 คน จะมี 1 record เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิม

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

ส่วนกลางไม่ได้ใช้แฟ้มนี้

version 2.2 (กันยายน 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)		PID	Y	C	15	Y
3	รหัสวิธีการคุมกำเนิดปัจจุบัน	1 = ยาเม็ด 2 = ยาฉีด 3 = ห่วงอนามัย 4 = ยาฝัง 5 = ถุงยางอนามัย 6 = หมันชาย 7 = หมันหญิง 8 = นับระยะปลอดภัย 9 = ไม่คุมกำเนิด		FPTYPE		C	1	Y
4	สาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด	1 = ต้องการบุตร 2 = หมันธรรมชาติ 3 = อื่นๆ		NOFPCAUSE		C	1	
5	จำนวนบุตรทั้งหมดที่เคยมี	จำนวนบุตรที่คลอดมีชีวิตทั้งหมดที่เคยมี รวมทั้งเสียชีวิตแล้ว ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หากไม่มีใส่ 0		TOTALSON		N		
6	จำนวนบุตรที่มีชีวิต	จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หากไม่มีใส่ 0		NUMBERSON		N		



No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	จำนวนการแท้งบุตร	จำนวนการแท้งบุตร เป็นเลขจำนวนเต็ม ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หากไม่มีใส่ 0 บันทึกเฉพาะกรณีที่มีการแท้ง		ABORTION		N		
8	จำนวนทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด	จำนวนทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หากไม่มีใส่ 0 บันทึกเฉพาะกรณีที่บุตรตายในครรภ์หรือตายคลอด		STILLBIRTH		N		
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (11)

## DRUGALLERGY

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม

หมายเหตุ

- ข้อมูลประวัติการแพ้ยา อาจจะได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากสถานพยาบาลอื่น หรือจากการพบอาการแพ้ยาโดยสถานพยาบาลผู้ให้บริการเอง

- การแพ้ยา 1 ชนิด จะมี 1 record หากแพยามากกว่า 1 ชนิด จะมีมากกว่า 1 record

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	วันที่บันทึกประวัติการแพ้ยา	วันที่บันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยา กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY = ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : วันที่ตรวจพบอาการแพ้ และ กรณีบันทึกย้อนหลัง ให้บันทึกวันที่รับบริการ	✓	DATERECORD		D	8	Y
4	รหัสยาที่มีประวัติการแพ้ยา	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล ในกรณีที่ยังไม่มีรหัสมาตรฐาน 24 หลัก	✓	DRUGALLERGY	Y	C	24	Y
5	ชื่อยา	ชื่อยา	✓	DNAME		C	255	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา	ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา 5 ประเภท (1= certain, 2= probable, 3= possible, 4= unlikely, 5= unclassified)	✓	TYPEDX		C	1	
7	ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา	ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา 8 ระดับ 1.ไม่ร้ายแรง (Non-serious) 2.ร้ายแรง - เสียชีวิต (Death) 3.ร้ายแรง - อันตรายถึงชีวิต (Life-threatening) 4.ร้ายแรง - ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization-initial) 5.ร้ายแรง - ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (Hospitalization-prolonged) 6.ร้ายแรง - พิการ (Disability) 7.ร้ายแรง - เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital anomaly) 8.ร้ายแรง-อื่นๆ (คือ เหตุการณ์ร้ายแรงอื่น ๆ ที่สำคัญทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัด กรณีนี้รวมถึงผู้ป่วยซึ่งเกิดปัญหาการหายใจติดขัดอย่างรุนแรงและต้องรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยเกิดผู้ป่วยเกิดอาการชัก หมดสติ ระบบเลือดผิดปกติ เป็นต้น	✓	ALEVEL		C	1	
8	ลักษณะอาการของการแพ้ยาที่พบ	ลักษณะอาการของการแพ้ยา (20 ลักษณะ)		SYMPTOM		C	2	
9	ผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	1= ผู้ป่วยให้ประวัติเอง 2= ผู้ป่วยให้ประวัติจากการให้ข้อมูลของสถานพยาบาลอื่น 3= สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ให้ข้อมูล 4= สถานพยาบาลแห่งนี้เป็นผู้พบการแพ้ยาเอง	✓	INFORMANT		C	1	Y
10	รหัสสถานพยาบาลผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	รหัสสถานพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลประวัติการแพ้ยา ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		INFORMHOSP		C	5	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 8,10 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อเพิ่ม (12)

### FUNCTIONAL

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ

ลักษณะเพิ่ม

เพิ่มสะสม  เพิ่มบริการ  เพิ่มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. กลุ่มเป้าหมายผู้ที่ได้รับการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ โดยโรงพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- กลุ่มเป้าหมายที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล (ไม่รวมรพ.สต.) ได้แก่ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และ 20 กลุ่มโรค sub-acute, non-acute
- การตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ 1 ครั้ง สำหรับ 1 วิธีการประเมิน จะมี 1 record
- หากมีการใช้วิธีการประเมินความบกพร่องหลายวิธีในการประเมินครั้งเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในเพิ่มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ประเมินความบกพร่อง	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) กำหนดรูปแบบเป็น YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	วิธีประเมินความบกพร่อง	รหัสชนิดของเครื่องมือประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ	✓	FUNCTIONAL_TEST	Y	C	2	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	คะแนนความบกพร่อง	ผลการประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ (ระดับคะแนน)		TESTRESULT		C	3	Y
7	ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ	1= ไม่พึ่งพิง 2= พึ่งพิงน้อย 3= พึ่งพิงมาก	✓	DEPENDENT		C	1	
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (13)

ICF

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพ ความสามารถ และปัจจัยอื่น ๆ กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการในโรงพยาบาล

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้พิการที่มารับบริการในโรงพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกพร้อมกันกับการประเมินประเภทความพิการในแฟ้ม DISABILITY

หมายเหตุ

- บันทึกเฉพาะรหัสมาตรฐาน 60 รหัสของ ICF ที่กำหนดโดยกระทรวงฯ  
- กลุ่มเป้าหมายแต่ละราย ในการประเมินแต่ละครั้ง จะมีสภาวะสุขภาพตาม ICF ได้มากกว่า 1 record ตามหลักเกณฑ์การประเมินตาม ICF

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพพลภาพ(ออกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)	✓	DISABID		C	13	
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
4	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
5	วันที่ประเมินสภาวะสุขภาพ	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) กำหนดรูปแบบเป็น YYYY =ปี.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERRV		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	รหัสสภาวะสุขภาพ	รหัสสภาวะสุขภาพ ตามมาตรฐาน ICF	✓	ICF	Y	C	6	Y
7	ระดับของสภาวะสุขภาพ	ระดับของสภาวะสุขภาพ (ICF) ที่ประเมินได้ แบ่งเป็น 0-4 ,8 และ 9		QUALIFIER		C	1	
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 7 ไม่ต้องบันทึก เนื่องจากสามารถอ้างอิงได้จากลำดับที่ 6



## ชื่อแฟ้ม (14)

## SERVICE

## นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้ที่มาใช้บริการ และกรทำให้บริการนอกสถานพยาบาล

## ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

## หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

## ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยทุกคนที่มาใช้บริการทุกครั้ง
2. ผู้ที่มาใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสภาพทุกครั้ง
3. การให้บริการนอกสถานพยาบาล

## เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

## หมายเหตุ

- ข้อมูลการให้บริการ 1 ครั้ง มี 1 record และอาจจะมีการรับบริการหลายอย่างในการรับบริการครั้งเดียวกันได้ โดยจะมีเลขที่ SEQ เดียวกัน

- 1 visit หมายถึง การมารับบริการครั้งใด ๆ แม้ว่าจะมารับบริการหลายคลินิกก็ตาม (ทุกคลินิกที่มาใช้บริการในครั้งนั้นๆ ใช้ SEQ เดียวกัน)

## นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งการให้บริการในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่มีเลขทะเบียนที่ต่างไปจาก PID	✓	HN		C	15	
4	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลขเดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
6	เวลาที่ให้บริการ	เวลาที่มารับบริการ กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)		TIME_SERV		C	6	
7	ที่ตั้งของที่อยู่ผู้รับบริการ	1 = ในเขตรับผิดชอบ 2 = นอกเขตรับผิดชอบ		LOCATION		C	1	
8	เวลามารับบริการ	1 = ในเวลาราชการ 2 = นอกเวลาราชการ		INTIME		C	1	
9	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓	INSTYPE		C	4	Y
10	เลขที่บัตรสิทธิ	หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา		INSID		C	18	
11	สถานบริการหลัก	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	MAIN		C	5	
12	ประเภทการมารับบริการ	1 = มารับบริการเอง 2 = มารับบริการตามนัดหมาย 3 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น 4 = ได้รับการส่งต่อจากบริการ EMS	✓	TYPEIN		C	1	Y
13	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารับรักษาต่อ	✓	REFERINHOSP		C	5	
14	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อไถ่กลับบ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEIN		C	1	
15	อาการสำคัญ	อาการสำคัญที่มารับบริการ	✓	CHIEFCOMP		C	255	
16	สถานที่รับบริการ	1 = ในสถานบริการ 2 = นอกสถานบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
17	อุณหภูมิร่างกายแรกรับ	อุณหภูมิร่างกายแรกรับ (เซลเซียส) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 37.0	✓	BTEMP		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
18	ความดันโลหิตซิสโตลิกแรกรับ	ความดันโลหิต ซิสโตลิก แกรรับ (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก หมายเหตุ : ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	✓	SBP		N		
19	ความดันโลหิตไดแอสโตลิกแรกรับ	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก หมายเหตุ : ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	✓	DBP		N		
20	อัตราการเต้นของชีพจร	อัตราการเต้นของชีพจร (ครั้งต่อนาที) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	PR		N		
21	อัตราการหายใจ	อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	RR		N		
22	สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ	1 = จำหน่ายกลับบ้าน 2 = รับไว้รักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน 3 = ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น 4 = เสียชีวิต 5 = เสียชีวิตก่อนมาถึง สถานพยาบาล 6 = เสียชีวิตระหว่างส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น 7 = ปฏิเสธการรักษา 8 = หนีกลับบ้าน 9 = การให้บริการโดยไม่มีคำวินิจฉัยโรค	✓	TYPEOUT		C	1	Y
23	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	✓	REFEROUTHOSP		C	5	
24	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา 2 = เพื่อการวินิจฉัย 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEOUT		C	1	
25	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ ระบุเป็น ตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00		COST		N		
26	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ ระบุเป็น ตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PRICE		N		Y
27	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PAYPRICE		N		Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
28	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	ACTUALPAY		N		Y
29	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 7 สามารถอ้างอิงจากเพิ่ม person ได้

ลำดับที่ 10, 25 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (15)

DIAGNOSIS\_OPD

นิยามข้อมูล

ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัส ICD-10 ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- วินิจฉัยโรค 1 โรค หรือข้อมูล 1 รหัส จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค หรือ 1 รหัสบริการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน
- ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQ
- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปี.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	ประเภทการวินิจฉัย	1 = PRINCIPLE DX (การวินิจฉัยโรคหลัก) 2 = CO-MORBIDITY (การวินิจฉัยโรคร่วม) 3 = COMPLICATION (การวินิจฉัยโรคแทรก) 4 = OTHER (อื่น ๆ) 5 = EXTERNAL CAUSE (สาเหตุภายนอก) 6 = Additional Code (รหัสเสริม) 7 = Morphology Code (รหัสเกี่ยวกับเนื้องอก) หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยนอก (OPD case) ให้ใช้รหัส 1 = PRINCIPLE DX (การวินิจฉัยโรคหลัก) 4 = OTHER (อื่น ๆ) 5 = EXTERNAL CAUSE (สาเหตุภายนอก) และ 7 = Morphology Code (รหัสเกี่ยวกับเนื้องอก) เท่านั้น	✓	DIAGTYPE		C	1	Y
6	รหัสโรคที่วินิจฉัย	รหัสโรค ICD - 10 - TM	✓	DIAGCODE	Y	C	6	Y
7	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	✓	CLINIC		C	5	Y
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (16)

DRUG\_OPD

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกข้อมูลการให้ยาด้วยรหัสยา ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- การให้ยา 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการให้ยามากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปี.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	CLINIC		C	5	Y
6	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของ สถานพยาบาล	รหัทยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือ รหัทยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มี รหัทยามาตรฐาน 24 หลัก	✓	DIDSTD	Y	C	24	Y
7	ชื่อยา	ชื่อยา	✓	DNAME		C	255	
8	จำนวน	จำนวนยาที่จ่าย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 12 หลัก	✓	AMOUNT		N		
9	หน่วยนับของยา	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		UNIT		C	3	
10	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT ใช้สำหรับยาที่มีการแบ่งบรรจุเพื่อการจ่าย ยาที่เหมาะสม เช่น ยาน้ำ หรือ ยากลุ่มที่มีทะเบียนยาเดียวกันแต่มีขนาดบรรจุต่างกัน ของบางบริษัท และอาจเป็นค่า NULL ได้		UNIT_PACKING		C	20	
11	ราคาขาย	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ หมายเหตุ : ราคาขายต่อหน่วย	✓	DRUGPRICE		N		
12	ราคาทุน	ราคาซื้อหรือราคายาที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย) หมายเหตุ : ราคาทุนต่อหน่วย		DRUGCOST		N		
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 10, 12 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล



ชื่อแฟ้ม (17)

PROCEDURE\_OPD

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัสหัตถการ ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- หัตถการ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 หัตถการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน
- ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit)  หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	✓	CLINIC		C	5	Y
6	รหัสหัตถการ	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ)	✓	PROCEEDCODE	Y	C	7	Y
7	ราคาค่าหัตถการ	ราคาค่าบริการหัตถการ มีทศนิยม 2 ตำแหน่ง	✓	SERVICEPRICE		N		
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (18)

CHARGE\_OPD

## นิยามข้อมูล

ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยนอกผู้มารับบริการ

## ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

## หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

## ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

## เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

## หมายเหตุ

- ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการ 1 รายการ จะมี 1 record ซึ่งจำแนกตามหมวดค่าบริการและรหัสรายการค่าบริการ
- หากมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน โดยอาจจะจำแนกตามการใช้สิทธิการรักษาด้วย
- หากรายการค่าบริการ 1 รายการ ต้องใช้มากกว่า 1 สิทธิ ก็จะมีมากกว่า 1 record สำหรับรายการค่าบริการ 1 รายการ
- ข้อมูลค่าใช้จ่ายรวม และการจ่ายเงินรวม ของการใช้บริการแต่ละครั้ง อยู่ในแฟ้ม SERVICE
- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

## นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	✓	CLINIC		C	5	Y
6	หมวดของค่าบริการ	รหัสหมวดของค่าบริการตามมาตรฐาน สนย.	✓	CHARGEITEM	Y	C	2	Y
7	รหัสรายการค่าบริการ	รหัสรายการค่าบริการที่เบิก เป็นรายการย่อย หากไม่มีการบันทึกรายการย่อย ให้ใส่ค่าเป็น '000000'		CHARGE LIST	Y	C	6	Y
8	จำนวนหน่วยที่เบิก	จำนวนหน่วยที่เบิก	✓	QUANTITY		N	11	
9	สิทธิการรักษาที่เบิก	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓	INSTYPE	Y	C	4	Y
10	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00		COST		N		
11	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PRICE		N		Y
12	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และ ทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PAYPRICE		N		
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 10 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

## ชื่อแฟ้ม (19)

## SURVEILLANCE

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังที่มาใช้บริการ

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ และผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- การรายงานโรค 1 โรค จะมี 1 record หากผู้ป่วยมีโรคที่ต้องเฝ้าระวังมากกว่า 1 โรค ก็จะมีมากกว่า 1 record

- หากมีการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยโรค ในการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน ถึงแม้จะมาสถานพยาบาลหลายครั้ง ให้บันทึกวินิจฉัยโรคล่าสุด

ใน record เดิมของการรายงานโรคครั้งแรกของการเจ็บป่วยครั้งนั้น เนื่องจากการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน

- ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับ บริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปี.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีที่นอนโรงพยาบาลเท่านั้น	✓	AN		C	9	
6	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีที่นอนโรงพยาบาลเท่านั้น	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	
7	รหัสกลุ่มอาการที่เฝ้าระวัง	รหัสกลุ่มอาการหรืออาการที่ต้องเฝ้าระวัง (syndromic surveillance) สำหรับโรคติดต่อ และโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม		SYNDROME		C	4	
8	รหัสการวินิจฉัยแรกรับ	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา) เมื่อแรกรับ	✓	DIAGCODE	Y	C	6	Y
9	รหัส 506 แรกรับ	รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา เมื่อแรกรับ หมายเหตุ : อ้างอิงรหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา	✓	CODE506		C	2	Y
10	รหัสการวินิจฉัยล่าสุด	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา) จากวินิจฉัยล่าสุด	✓	DIAGCODELAST		C	6	
11	รหัส 506 ล่าสุด	รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา จากวินิจฉัยล่าสุด หมายเหตุ : อ้างอิงรหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา	✓	CODE506LAST		C	2	
12	วันที่เริ่มป่วย	วันเดือนปีที่เริ่มป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปี.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	ILLDATE		D	8	Y
13	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่ และถนน หรือซอย หมายเหตุ : ขณปะวย		ILLHOUSE		C	75	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
14	รหัสหมู่บ้าน	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) หมายเหตุ : ขณะป่วย		ILLVILLAGE		C	2	Y
15	รหัสตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ขณะป่วย	✓	ILLTAMBON		C	2	Y
16	รหัสอำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ขณะป่วย	✓	ILLAMPUR		C	2	Y
17	รหัสจังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ขณะป่วย	✓	ILLCHANGWAT		C	2	Y
18	พิกัดที่อยู่(ละติจูด)	พิกัดละติจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง		LATITUDE		N	10	
19	พิกัดที่อยู่(ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง		LONGITUDE		N	10	
20	สภาพผู้ป่วย	1 = หาย , 2 = ตาย , 3 = ยังรักษาอยู่ , 9 = ไม่ทราบ	✓	PTSTATUS		C	1	Y
21	วันที่ตาย	วันเดือนปีที่เสียชีวิต กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_DEATH		D	8	
22	สาเหตุการป่วย	รหัสแยกสาเหตุการป่วย ของกลุ่มโรคที่มีการแยกสาเหตุการป่วย เช่น อุบัติเหตุ ฯลฯ		COMPLICATION		C	3	
23	ชนิดของเชื้อโรค	รหัสชนิดของเชื้อโรค ของกลุ่มโรคที่ต้องการบ่งชี้ชนิดของเชื้อโรค เช่น บิด ฯลฯ		ORGANISM		C	4	
24	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
25	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (20)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

## ACCIDENT

ข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาล และแผนกทั่วไปของ รพ.สต.

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

- ผู้ป่วย 1 ราย ที่มารับบริการแต่ละครั้ง มี 1 record โดยสามารถเชื่อมโยงกับแฟ้ม SERVICE ด้วยเลขที่ SEQ

- ข้อมูลวินิจฉัยโรคอยู่ในแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD หัตถการ และผ่าตัด อยู่ในแฟ้ม PROCEDURE\_OPD

- หากมีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะเชื่อมกับแฟ้ม ADMISSION, DIAGNOSIS\_IPD, PROCEDURE\_IPD ด้วย AN ในแฟ้ม SERVICE

- ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

version 2.2 (กันยายน 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับ บริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่และเวลามาใช้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATETIME_SERV	Y	DT	14	Y



No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่และเวลาเกิดอุบัติเหตุ	วันเดือนปีที่เกิดอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ:กรณีที่บ้านที่กข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATETIME_AE		DT	14	
6	ประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ	รหัสสาเหตุ 19 สาเหตุ ตามมาตรฐานอ้างอิงตามสำนักกระบาดวิทยา	✓	AETYPE		C	2	
7	สถานที่เกิดอุบัติเหตุ	01 = ที่บ้าน หรืออาคารที่พัก, 02 = ในสถานที่ทำงาน ยกเว้นโรงงานหรือก่อสร้าง, 03 = ในโรงงานอุตสาหกรรม หรือบริเวณก่อสร้าง, 04 = ภายในอาคารอื่นๆ, 05 = ในสถานที่สาธารณะ, 06 = ในชุมชน และไร่นา, 07 = บนถนนสายหลัก, 08 = บนถนนสายรอง, 09 = ในแม่น้ำ ลำคลอง หนองน้ำ, 10 = ในทะเล, 11 = ในป่า/ภูเขา, 98 = อื่นๆ, 99 = ไม่ทราบ	✓	AEPLACE		C	2	Y
8	ประเภทการมารับบริการกรณี อุบัติเหตุฉุกเฉิน	1 = มารับบริการเอง, 2 = ได้รับการส่งตัวโดย First responder , 3 = ได้รับการส่งตัวโดย BLS, 4 = ได้รับการส่งตัวโดย ILS ,5 = ได้รับการส่งตัวโดย ALS, 6 = ได้รับการส่งต่อจาก สถานพยาบาลอื่น, 7 = อื่น ๆ ,9 = ไม่ทราบ	✓	TYPEIN_AE		C	1	Y
9	ประเภทผู้บาดเจ็บ (อุบัติเหตุจราจร)	1 = ผู้ขับขี่, 2 = ผู้โดยสาร, 3 = คนเดินเท้า, 8 = อื่นๆ, 9 = ไม่ทราบ	✓	TRAFFIC		C	1	
10	ประเภทยานพาหนะที่เกิดเหตุ	01 = จักรยานและสามล้อถีบ, 02 = จักรยานยนต์, 03 = สามล้อเครื่อง, 04 = รถยนต์นั่ง/ แท็กซี่, 05 = รถปิกอัพ, 06 = รถตู้, 07 = รถโดยสารสองแถว, 08 = รถโดยสารใหญ่ (รถ บัส รถเมล์), 09 = รถบรรทุก/รถพ่วง, 10 = เรือโดยสาร 11 = เรืออื่นๆ, 12 = อากาศยาน, 98 = อื่นๆ 99 = ไม่ทราบ หมายเหตุ : เฉพาะอุบัติเหตุจราจร	✓	VEHICLE		C	2	
11	การดื่มแอลกอฮอล์	1 = ดื่ม, 2 = ไม่ดื่ม, 9 = ไม่ทราบ	✓	ALCOHOL		C	1	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
12	การใช้ยาสารเสพติดขณะเกิดอุบัติเหตุ	1 = ใช้, 2 = ไม่ใช้, 9 = ไม่ทราบ	✓	NACROTIC_DRUG		C	1	Y
13	การคาดเข็มขัดนิรภัย	1 = คาด, 2 = ไม่คาด, 9 = ไม่ทราบ	✓	BELT		C	1	
14	การสวมหมวกนิรภัย	1 = สวม, 2 = ไม่สวม, 9 = ไม่ทราบ	✓	HELMET		C	1	
15	การดูแลการหายใจ	1 = มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึงเหมาะสม, 2 = ไม่มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึง, 3 = ไม่จำเป็น, 4 = มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึงไม่เหมาะสม	✓	AIRWAY		C	1	Y
16	การห้ามเลือด	1 = มีการห้ามเลือดก่อนมาถึงเหมาะสม, 2 = ไม่มีการห้ามเลือดก่อนมาถึง, 3 = ไม่จำเป็น, 4 = มีการห้ามเลือดก่อนมาถึงไม่เหมาะสม	✓	STOPBLEED		C	1	Y
17	การใส่ splint/ slab	1 = มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึงเหมาะสม, 2 = ไม่มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึง, 3 = ไม่จำเป็น, 4 = มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึงไม่เหมาะสม	✓	SPLINT		C	1	Y
18	การให้น้ำเกลือ	1 = มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึงเหมาะสม, 2 = ไม่มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึง, 3 = ไม่จำเป็น, 4 = มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึงไม่เหมาะสม	✓	FLUID		C	1	Y
19	ระดับความเร่งด่วน	ระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ (1 = life threatening, 2 = emergency, 3 = urgent, 4 = acute, 5 = non acute, 6 = ไม่แน่ใจ)	✓	URGENCY		C	1	Y
20	ระดับความรู้สึกทางด้านตา	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของตา	✓	COMA_EYE		C	1	
21	ระดับความรู้สึกทางการพูด	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของการพูด	✓	COMA_SPEAK		C	1	
22	ระดับความรู้สึกทางการเคลื่อนไหว	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของการเคลื่อนไหว	✓	COMA_MOVEMENT		C	1	
23	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (21)

LABFU

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกครั้ง โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ตรวจ macroalbumin หรือ microalbumin ในปัสสาวะมีผล positive หรือ eGFR < 60 เป็นครั้งแรก แล้วบันทึกผลการตรวจทุกครั้งที่ติดตาม
3. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 รายการ ก็จะมีมากกว่า 1 record

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ICD-10-TM (ตามที่สนย.กำหนด)	✓	LABTEST	Y	C	7	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	ผลของการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จุดทศนิยม 2 หลัก)	✓	LABRESULT		N	6	Y
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (22)

## CHRONICFU

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ที่ได้รับการตรวจติดตาม โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

หมายเหตุ

- ข้อมูลการตรวจภาวะแทรกซ้อน เป็นการตรวจร่างกาย คือ การตรวจเท้า และการตรวจตา หากตรวจพบภาวะแทรกซ้อน ให้บันทึกภาวะแทรกซ้อนที่พบในแฟ้มข้อมูล DIAG\_OPD ในส่วนของการวินิจฉัย

- การตรวจติดตามผู้ป่วย 1 ครั้ง จะมี 1 record ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่หากเป็นการตรวจครั้งเดียวกัน ก็จะมีเพียง 1 record

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่นๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	น้ำหนัก	น้ำหนักในวันมารับบริการ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 หลัก	✓	WEIGHT		N	5	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	ส่วนสูง	ส่วนสูงในวันที่มารับบริการ (ซม.)	✓	HEIGHT		N	3	Y
7	เส้นรอบเอว (ซม.)	เส้นรอบเอว (ซม.)	✓	WAIST_CM		N	3	Y
8	ความดันโลหิต ซิสโตลิก	ความดันโลหิต ซิสโตลิก (มม.ปรอท) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	✓	SBP		N	3	Y
9	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	✓	DBP		N	3	Y
10	ตรวจเท้า	ตรวจเท้า (ตรวจแผล ผิวหนัง รูปเท้า การรับรู้ความรู้สึก ชีพจร) 1 = ตรวจ ผลปกติ, 2 = ไม่ตรวจ, 3 = ตรวจ ผลไม่ปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓	FOOT		C	1	Y
11	ตรวจจอประสาทตา	ตรวจจอประสาทตา 1 = ตรวจ ophthalmoscope ผลปกติ, 2 = ตรวจด้วย fundus camera ผลปกติ, 3 = ตรวจ ophthalmoscope ผลไม่ปกติ, 4 = ตรวจด้วย fundus camera ผลไม่ปกติ, 8 = ไม่ตรวจ, 9 = ไม่ทราบ	✓	RETINA		C	1	Y
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (23)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

## ADMISSION

ข้อมูลประวัติการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

1. ผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

- การรับผู้ป่วยใน 1 ครั้ง มี 1 record ซึ่งเป็นข้อมูลตั้งแต่ตอนรับผู้ป่วยไว้รักษา จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย โดยข้อมูลสรุปสุดท้ายจะเป็นข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย หากมีการบันทึกข้อมูลเมื่อแรกรับผู้ป่วยด้วย การเพิ่มเติมข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องทำใน record เดิม
- 1 record คือ การมานอนโรงพยาบาลแต่ละครั้ง แม้ว่าจะมีการย้ายไปหลายแผนกก็ตาม (ทุกแผนกที่รักษาในครั้งนั้นๆ ใช้ AN เดียวกัน)
- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งที่มาเองและที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น

version 2.2 (กันยายน 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ	✓	SEQ		C	16	Y
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓	AN	Y	C	9	Y
5	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	WARDADMIT		C	5	Y
7	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ (สิทธิหลักในการ admit ครั้งนั้น)	✓	INSTYPE		C	4	Y
8	ประเภทการมารับบริการ	1 = มารับบริการเอง, 2 = มารับบริการตามนัดหมาย, 3 = ได้รับการส่งต่อจาก สถานพยาบาลอื่น, 4 = ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS	✓	TYPEIN		C	1	Y
9	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารักษาต่อ	✓	REFERINHOSP		C	5	
10	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อ การดูแลต่อไถ่กลับบ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEIN		C	1	
11	น้ำหนักแรกรับ	น้ำหนักผู้ป่วยแรกรับ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	ADMITWEIGHT		N	5	
12	ส่วนสูงแรกรับ	ส่วนสูงผู้ป่วยแรกรับ (ซม.)	✓	ADMITHEIGHT		N	3	
13	วันที่และเวลาจำหน่ายผู้ป่วย	วันเดือนปีและเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_DISCH	Y	DT	14	Y
14	แผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย	รหัสแผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	WARDDISCH		C	5	Y
15	สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	รหัสสถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	✓	DISCHSTATUS		C	1	Y
16	วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย	รหัสชนิดการจำหน่ายผู้ป่วย	✓	DISCHTYPE		C	1	Y
17	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	✓	REFEROUTHOSP		C	5	
18	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อไถ่กลับบ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEOUT		C	1	
19	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุด ทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)		COST		N	11	
20	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุด ทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	✓	PRICE		N	11	Y



No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
21	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	✓	PAYPRICE		N	11	Y
22	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์	✓	ACTUALPAY		N	11	Y
23	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน (หมอผู้รับผิดชอบคนใช้หลัก)	✓	PROVIDER		C	15	
24	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
25	กลุ่ม DRG	กลุ่ม DRG ที่ได้จากการคำนวณข้อมูลผู้ป่วยใน โดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เป็นตัวเลข 5 หลัก	✓	DRG		C	5	Y
26	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เป็นตัวเลขทศนิยม 4 หลัก ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 6 หลัก และทศนิยม 4 ตำแหน่ง เช่น 1788.0000 ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.0000	✓	RW		N		Y
27	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วของผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เป็นตัวเลขทศนิยม 4 หลัก ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 6 หลัก และทศนิยม 4 ตำแหน่ง เช่น 1788.0000 ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.0000	✓	ADJRW		N		Y
28	รหัสความผิดพลาดเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยใน	รหัสความผิดพลาดเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา	✓	ERROR		C	2	Y
29	รหัสคำเตือนเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยใน	รหัสคำเตือนเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา	✓	WARNING		C	4	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
30	วันนอนจริง	ค่าวันนอนจริงของผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา	✓	ACTLOS		N	4	Y
31	รุ่นของโปรแกรม Grouper ที่ใช้ในการคำนวณ	เลข Version ของโปรแกรม Grouper ใช้ในการคำนวณข้อมูลผู้ป่วยในตามที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา	✓	GROUPER_VERSION		C	20	Y

## ชื่อแฟ้ม (24)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

## DIAGNOSIS\_IPD

ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยใน

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

1. ผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

- วินิจฉัยโรค 1 โรค จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค จะมีมากกว่า 1 record ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน

- ข้อมูลการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม ADMISSION เชื่อมโยงโดย AN

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

version 2.2 (กันยายน 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓	AN	Y	C	9	Y
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_ADMIT	Y	DT	14	Y
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	WARDDIAG		C	5	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	ประเภทการวินิจฉัย	1 = PRINCIPLE DX (การวินิจฉัยโรคหลัก) 2 = CO-MORBIDITY(การวินิจฉัยโรคร่วม) 3 = COMPLICATION(การวินิจฉัยโรคแทรก) 4 = OTHER (อื่น ๆ) 5 = EXTERNAL CAUSE(สาเหตุภายนอก) 6 = Additional Code (รหัสเสริม) 7 = Morphology Code (รหัสเกี่ยวกับเนื้องอก)	✓	DIAGTYPE		C	1	Y
7	รหัสโรคที่วินิจฉัย	รหัสโรค ICD - 10 - TM	✓	DIAGCODE	Y	C	6	Y
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (25)

DRUG\_IPD

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยใน ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยใน เพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ หลังสิ้นสุดการเป็นผู้ป่วยใน

หมายเหตุ

- สำหรับการจ่ายยาให้ผู้ป่วยใน ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 1 record จะหมายถึงยา 1 รายการ โดยระบุวันที่เริ่มให้ และวันที่สิ้นสุดการให้
- สำหรับการจ่ายยาให้ผู้ป่วยใน เพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน 1 record จะหมายถึงยา 1 รายการ
- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓	AN	Y	C	9	Y
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_ADMIT	Y	DT	14	Y
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	WARDSTAY		C	5	Y
6	ประเภทการจ่ายยา	1= ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยระหว่างรักษาในโรงพยาบาล 2= ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน	✓	TYPEDRUG	Y	C	1	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของ สถานพยาบาล	รหัสมามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มี รหัสมามาตรฐาน 24 หลัก	✓	DIDSTD	Y	C	24	Y
8	ชื่อยา	ชื่อยา		DNAME		C	255	
9	วันที่เริ่มให้ยา	วันที่เริ่มให้ยา (กรณีที่เป็นยาที่ให้ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวัน เป็นปีคริสต์ศักราช (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		DATESTART		D	8	
10	วันที่เลิกให้ยา	วันที่เลิกให้ยา (กรณีที่เป็นยาที่ให้ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวัน เป็นปีคริสต์ศักราช (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		DATEFINISH		D	8	
11	จำนวน	จำนวนยาที่จ่าย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 12 หลัก		AMOUNT		N		
12	หน่วยนับของยา	รหัสมามาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	UNIT		C	3	
13	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT		UNIT_PACKING		C	20	
14	ราคาขาย	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ หมายเหตุ : ราคาขายต่อหน่วย	✓	DRUGPRICE		N	11	
15	ราคาทุน	ราคาซื้อหรือราคายาที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย) หมายเหตุ : ราคาทุนต่อหน่วย		DRUGCOST		N	11	
16	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
17	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (26)

## PROCEDURE\_IPD

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยใน

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยในที่ได้รับรักษาในโรงพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- รหัสหัตถการ 1 รหัส จะมี 1 record ถ้าหากมีมากกว่า 1 รหัส จะมีมากกว่า 1 record ในการรับรักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน

- ข้อมูลการรับรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม ADMISSION เชื่อมโยงโดย AN

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓	AN	Y	C	9	Y
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_ADMIT	Y	DT	14	Y
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	WARDSTAY		C	5	Y
6	รหัสหัตถการ	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ)	✓	PROCEDCODE	Y	C	7	Y
7	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	TIMESTART	Y	DT	14	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
8	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	TIMEFINISH		DT	14	
9	ราคาค่าหัตถการ	ราคาค่าบริการหัตถการ มีทศนิยม 2 ตำแหน่ง	✓	SERVICEPRICE		N	11	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y



## ชื่อแฟ้ม (27)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

## CHARGE\_IPD

ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยใน

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

1. ผู้ป่วยในที่ได้รับรักษาในโรงพยาบาล

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ

- ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการ 1 รายการ จะมี 1 record ซึ่งจำแนกตามหมวดค่าบริการและรหัสรายการค่าบริการ

- หากมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับรักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน โดยอาจจะจำแนกตามการใช้สิทธิการรักษาด้วย

- หากรายการค่าบริการ 1 รายการ ต้องใช้มากกว่า 1 สิทธิ ก็จะมีมากกว่า 1 record สำหรับรายการค่าบริการ 1 รายการ

- ข้อมูลค่าใช้จ่ายรวม และการจ่ายเงินรวม ของการรับรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง อยู่ในแฟ้ม ADMISSION

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

version 2.2 (กันยายน 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่ขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓	AN	Y	C	9	Y
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_ADMIT	Y	DT	14	Y
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	WARDSTAY		C	5	Y
6	หมวดของค่าบริการ	รหัสหมวดของค่าบริการตามมาตรฐาน สนย.	✓	CHARGEITEM	Y	C	2	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	รหัสรายการค่าบริการ	รหัสรายการค่าบริการที่เบิก เป็นรายการย่อย หากไม่มีการบันทึกรายการย่อย ให้ใส่ค่าเป็น '000000'	✓	CHARGELIST	Y	C	6	Y
8	จำนวนหน่วยที่เบิก	จำนวนหน่วยที่เบิก ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 11 หลัก	✓	QUANTITY		N		
9	สิทธิการรักษาที่เบิก	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓	INSTYPE	Y	C	4	Y
10	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00		COST		N		
11	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PRICE		N		Y
12	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PAYPRICE		N		Y
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อ แฟ้ม (28)

นิยามข้อมูล

ลักษณะแฟ้ม

หน่วยงานที่บันทึก

ขอบเขตข้อมูล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

หมายเหตุ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

### APPOINTMENT

ข้อมูลการนัดมารับบริการครั้งต่อไปของผู้ที่มารับบริการ

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

1. ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการจำหน่ายแล้วที่ได้รับการนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไป
2. ผู้ที่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่ได้รับการนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไป
3. การให้บริการนอกสถานพยาบาล ที่มีการนัดหมายให้มารับบริการ

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการนัดมารับบริการ

- ข้อมูลการนัด 1 ครั้ง สำหรับ 1 ประเภทบริการ จะมี 1 record หากมีการนัดมารับบริการหลายประเภทในวันเดียวกัน จะมีมากกว่า 1 record

- ผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งการให้บริการในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล  
ที่มีการนัดหมายมารับบริการ

ส่วนกลางไม่ได้ใช้แฟ้มนี้

version 2.2 (กันยายน 2559)

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)		PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)		AN		C	9	
4	ลำดับที่	รหัสการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน		SEQ	Y	C	16	Y
5	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่เป็นผู้ป่วยในใช้วันที่ของ date_serv ของ service		DATE_SERV	Y	D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย		CLINIC		C	5	Y
7	วันที่นัด	วันเดือนปีทีนัดครั้งต่อไป กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		APDATE		D	8	Y
8	ประเภทกิจกรรมที่นัด	รหัสกิจกรรมการนัด ตามที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด		APTTYPE	Y	C	3	Y
9	รหัสโรคที่นัดมาตรวจ	รหัสโรค ICD-10-TM		APDIAG		C	6	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน		PROVIDER		C	15	
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (29)

## DENTAL

version 2.2 (กันยายน 2559)

## นิยามข้อมูล

หมายถึง ข้อมูลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่และข้อมูลวางแผนการส่งเสริมป้องกันและรักษาของผู้ที่มาใช้บริการ

1) หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่คลินิก ANC ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ อย่างน้อย 1 ครั้ง

2) เด็กในโรงเรียนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่

3) ผู้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพในกรณีที่ตรวจสุขภาพทั้งปาก ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

## ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

## หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

## ขอบเขตข้อมูล

## เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

## หมายเหตุ

- การให้บริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ 1 ครั้ง จะมี 1 record

## นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ผู้มารับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยง หาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับ การให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับ บริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	ประเภทผู้ให้บริการตรวจสุขภาพ	1 = กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 2 = กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน 3 = กลุ่มเด็กวัยเรียน 4 = กลุ่มผู้สูงอายุ 5 = กลุ่มอื่นๆ (นอกเหนือจาก 4 กลุ่มแรก)	✓	DENTTYPE		C	1	Y
6	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ 2 = นอกสถานบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
7	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	✓	PTEETH		N	2	
8	จำนวนฟันแท้ที่ไม่ได้อุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ไม่ได้อุด (ซี่)	✓	PCARIES		N	2	
9	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	✓	PFILLING		N	2	
10	จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	✓	PEXTRACT		N	2	
11	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	✓	DTEETH		N	2	
12	จำนวนฟันน้ำนมที่ไม่ได้อุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ไม่ได้อุด (ซี่)	✓	DCARIES		N	2	
13	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	✓	DFILLING		N	2	
14	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	✓	DEXTRACT		N	2	
15	จำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	1 = ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์ 2 = ไม่ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	✓	NEED_FLUORIDE		C	1	
16	จำเป็นต้องขูดหินน้ำลาย	1 = ต้องขูดหินน้ำลาย 2 = ไม่ต้องขูดหินน้ำลาย	✓	NEED_SCALING		C	1	
17	จำนวนฟันที่ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (ซี่)	✓	NEED_SEALANT		N	2	
18	จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	✓	NEED_PFILLING		N	2	
19	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องอุด	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	✓	NEED_DFILLING		N	2	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
20	จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคลองรากฟัน (ซี่)	✓	NEED_PEXTRACT		N	2	
21	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคลองรากฟัน (ซี่)	✓	NEED_DETRACT		N	2	
22	จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม	1 = ต้องใส่ฟันเทียมบนและล่าง 2 = ต้องใส่ฟันเทียมบน 3 = ต้องใส่ฟันเทียมล่าง 4 = ไม่ต้องใส่ฟันเทียม	✓	NPROSTHESIS		C	1	
23	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	✓	PERMANENT_PERMANENT		N	2	
24	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ $\geq 60$ ปี (ซี่)	✓	PERMANENT_PROSTHESIS		N	2	
25	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ $\geq 60$ ปี (ซี่)	✓	PROSTHESIS_PROSTHESIS		N	2	
26	สภาวะปริทันต์	ใช้รหัส CPI ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 0 = ปกติ 1 = มีเลือดออกภายหลังจากการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์ 2 = มีหินน้ำลาย แต่ยังเห็นแถบดำบนเครื่องมือ 3 = มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. (ขอบเหงือกอยู่ภายในแถบดำ) 4 = มีร่องลึกปริทันต์ 6 มม.หรือมากกว่า (มองไม่เห็นแถบดำบนเครื่องมือ) 5 = มีหินน้ำลายและมีเลือดออกภายหลังจากการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์ 9 = ตรวจไม่ได้/ไม่ตรวจ หลักที่ 1=ตำแหน่งฟันหลังบนด้านขวา หลักที่ 2=ตำแหน่งฟันหน้าบน หลักที่ 3=ตำแหน่งฟันหลังบนด้านซ้าย หลักที่ 4=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านซ้าย หลักที่ 5=ตำแหน่งฟันหน้าล่าง หลักที่ 6=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านขวา	✓	GUM		C	6	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
27	สถานศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุสังกัดของโรงเรียน 1 = ศพด. 2 = ประถมศึกษารัฐบาล 3 = ประถมศึกษาเทศบาล 4 = ประถมศึกษาท้องถิ่น 5 = ประถมศึกษาเอกชน 6 = มัธยมศึกษารัฐบาล 7 = มัธยมศึกษาเทศบาล 8 = มัธยมศึกษาท้องถิ่น 9 = มัธยมศึกษาเอกชน	✓	SCHOOLTYPE		C	1	
28	ระดับการศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุชั้นที่เรียนอยู่ ศพด. มีชั้นที่ 1-3 ประถมศึกษา มีชั้นที่ 1-6 มัธยมศึกษา มีชั้นที่ 1-6	✓	CLASS		C	1	
29	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
30	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y



ชื่อแฟ้ม (30)

### REHABILITATION

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ผู้พิการหรือผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพโดยสถานพยาบาลอื่น

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

หมายเหตุ

- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 ครั้ง สำหรับ 1 ประเภทบริการ จะมี 1 record หากมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลายอย่างในการให้บริการครั้งเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record
- การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพกรณีผู้ป่วยใน หากเป็นการให้บริการที่ต่อเนื่องติดต่อกัน สามารถบันทึกใน record เดียวกันได้ โดยระบุวันที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและวันที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ผู้ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	เลขที่ผู้ป่วยใน	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน	✓	AN		C	9	
5	วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีที่มารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) กรณีเป็นผู้ป่วยในให้ใช้วันที่ DATE_SERV ใน SERVICE หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่ บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_ADMIT		DT	14	
6	วันที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	วันเดือนปีที่ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่ บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
7	วันที่เริ่มรับบริการฟื้นฟู ผู้ป่วยใน	วันเดือนปีที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่ บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_START		D	8	
8	วันที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟู ผู้ป่วยใน	วันเดือนปีที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_FINISH		D	8	
9	รหัสบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	รหัสบริการฟื้นฟูสภาพที่ได้รับ	✓	REHABCODE	Y	C	7	Y
10	รหัสกายอุปกรณ์ที่ได้รับ	รหัสกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ได้รับ		AT_DEVICE		C	10	
11	จำนวนกายอุปกรณ์ที่ได้รับ	จำนวนกายอุปกรณ์ที่ได้รับ (ชิ้น)		AT_NO		N		
12	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	REHABPLACE		C	5	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (31)

NCDSCREEN

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ที่มาใช้บริการ และประวัติการได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ โดยยังไม่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

หมายเหตุ

- การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1 ครั้ง จะมี 1 record โดยการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ทำในการคัดกรองครั้งเดียวกัน จะอยู่ใน record เดียวกัน และการติดตามผู้ที่พบความเสี่ยง (ยังไม่เป็นโรค) ก็จะเป็นบันทึกในแฟ้มนี้ด้วย
- ผู้มาใช้บริการคัดกรองโรค หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
6	ประวัติสูบบุหรี่	1 = ไม่สูบ, 2 = สูบนานๆครั้ง, 3 = สูบเป็นครั้งคราว, 4 = สูบเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ		SMOKE		C	1	
7	ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1 = ไม่ดื่ม, 2 = ดื่มนานๆครั้ง, 3 = ดื่มเป็นครั้งคราว, 4 = ดื่มเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ		ALCOHOL		C	1	
8	ประวัติเบาหวานในญาติสายตรง	1 = มีประวัติเบาหวานในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ		DMFAMILY		C	1	
9	ประวัติความดันสูงในญาติสายตรง	1 = มีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ		HTFAMILY		C	1	
10	น้ำหนัก	น้ำหนัก (กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	WEIGHT		N	5	Y
11	ส่วนสูง	ส่วนสูง (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	HEIGHT		N		Y
12	เส้นรอบเอว (ซม.)	เส้นรอบเอว (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	WAIST_CM		N		Y
13	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	SBP_1		N		Y
14	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	DBP_1		N		Y
15	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		SBP_2		N		
16	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		DBP_2		N		
17	ระดับน้ำตาลในเลือด	ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น	✓	BSLEVEL		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
18	วิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ หลังอดอาหาร 2 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร 3 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร 4 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร 9 = ไม่ตรวจน้ำตาลในเลือดเนื่องจากคัดกรองแบบสอบถามปากเปล่าปกติ หมายเหตุ กรณี ลำดับที่ 18 บันทึกเป็น 9 ลำดับที่ 17 ไม่ต้องลงบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด		BSTEST		C	1	
19	สถานที่รับบริการคัดกรอง	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถานบริการ สนย.		SCREENPLACE		C	5	
20	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
21	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

\*หมายเหตุ : ลำดับที่ 15,16,19 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (32)	FP
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัวกับผู้มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	<input type="checkbox"/> แฟ้มสะสม <input checked="" type="checkbox"/> แฟ้มบริการ <input type="checkbox"/> แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	<input checked="" type="checkbox"/> รพ.สต. <input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> รพท. <input checked="" type="checkbox"/> รพศ. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. หญิงที่มาใช้บริการวางแผนครอบครัว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ทำหมันในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ 2. ผู้ชายที่มารับบริการอุปกรณ์คุมกำเนิด และการทำหมันในผู้ชาย
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- การให้บริการวางแผนครอบครัวแต่ละครั้ง สามารถมีได้มากกว่า 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มารับบริการวางแผนครอบครัว หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	รหัสวิธีการคุมกำเนิด	1 = ยาเม็ด , 2 = ยาฉีด , 3 = ห่วงอนามัย , 4 = ยาฝัง , 5 = ถุงยางอนามัย 6 = หมันชาย , 7 = หมันหญิง	✓	FPTYPE	Y	C	1	Y
6	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.		FPPLACE		C	5	
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาที่วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 6 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล



ชื่อแฟ้ม (33)

PRENATAL

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ หรือหญิงตั้งครรภ์ผู้มารับบริการ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำประวัติการตั้งครรภ์ หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการตั้งครรภ์ครั้งเดิมของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการตั้งครรภ์ครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิมของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น
- การบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล ให้ทำการปรับปรุงตามข้อมูลล่าสุดที่ทราบ ไม่ต้องรอให้ทราบข้อมูลครบทุกฟิลด์
- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓	GRAVIDA	Y	C	2	Y
4	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	LMP		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : ถ้าบันทึกค่า LMP	✓	EDC		D	8	
6	ผลการตรวจ VDRL_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	VDRL_RESULT		C	1	Y
7	ผลการตรวจ HB_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	HB_RESULT		C	1	Y
8	ผลการตรวจ HIV_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	HIV_RESULT		C	1	Y
9	วันที่ตรวจ HCT.	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_HCT		D	8	
10	ผลการตรวจ HCT	ระดับฮีมาโตคริต (%) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	HCT_RESULT		N		
11	ผลการตรวจ THALASSAEMIA	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	THALASSEMIA		C	1	Y
12	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (34)	ANC
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ และประวัติการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	<input type="checkbox"/> แฟ้มสะสม <input type="checkbox"/> แฟ้มบริการ <input checked="" type="checkbox"/> แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	<input checked="" type="checkbox"/> รพ.สต. <input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> รพท. <input checked="" type="checkbox"/> รพศ. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ 2. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่รับบริการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลอื่น
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น
หมายเหตุ	- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ และควรจะเชื่อมโยงกับประวัติการตั้งครรภ์ในแฟ้ม PRENATAL - การให้บริการฝากครรภ์แต่ละครั้ง จะมี 1 record - ผู้มารับบริการฝากครรภ์ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
นิยามที่เกี่ยวข้อง	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓	GRAVIDA		C	2	Y
6	ANC ช่วงที่	การนัดช่วงที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ≤12 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ หมายเหตุ : กรณีอายุครรภ์ไม่อยู่ในช่วงของการฝากครรภ์ให้บันทึกเฉพาะอายุครรภ์ บันทึกช่วงครรภ์ กรณีมาตรงช่วงการนัดฝากครรภ์เท่านั้น		ANCNO		C	1	
7	อายุครรภ์	อายุครรภ์ ( สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม	✓	GA		C	2	Y
8	ผลการตรวจ	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓	ANCRESULT		C	1	Y
9	สถานที่รับบริการฝากครรภ์	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	ANCPLACE		C	5	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (35)

LABOR

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการคลอด หรือการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และ/หรือหญิงคลอดผู้มารับบริการ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอด หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอด หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการคลอด

เวลา/รอบที่ทำกรบันทึก

หมายเหตุ

- ข้อมูลประวัติการคลอด หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงคลอดที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูล เพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การคลอด 1 ครั้ง หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการคลอดครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิมของการคลอดครั้งนั้น
- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓	GRAVIDA	Y	C	2	Y
4	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปี.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	LMP		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	EDC		D	8	
6	วันคลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์	วันเดือนปีที่คลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BDATE		D	8	Y
7	ผลสิ้นสุดการตั้งครรภ์	รหัสโรค ICD - 10 TM	✓	BRESULT		C	6	Y
8	สถานที่คลอด	1=โรงพยาบาล, 2=สถานีนอนามัย, 3=บ้าน, 4=ระหว่างทาง, 5=อื่นๆ	✓	BPLACE		C	1	Y
9	รหัสสถานพยาบาลที่คลอด	รหัสมาตรฐานจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์		BHOSP		C	5	
10	วิธีการคลอด/สิ้นสุดการตั้งครรภ์	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ทำกั๊น, 6 = ABORTION	✓	BTYPE		C	1	Y
11	ประเภทของผู้ทำคลอด	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = จนท.สาธารณสุข(ที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล), 4 = ผดุงครรภ์โบราณ, 5 = คลอดเอง, 6 = อื่นๆ	✓	BDOCTOR		C	1	Y
12	จำนวนเกิดมีชีพ	จำนวนเด็กเกิดมีชีพจากการคลอด ไม่มีให้ใส่ 0	✓	LBORN		N	1	Y
13	จำนวนตายคลอด	จำนวนเด็กเกิดไร้ชีพจากการคลอด ไม่มีให้ใส่ 0	✓	SBORN		N	1	Y
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (36)

## POSTNATAL

version 2.2 (กันยายน 2559)

## นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการดูแลมารดาหลังคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงคลอดผู้มารับบริการ

## ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

## หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

## ขอบเขตข้อมูล

1. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด

## เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

## หมายเหตุ

- ข้อมูลประวัติการตรวจหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงคลอดที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูล เพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการหลังคลอดแต่ละครั้ง จะมี 1 record
- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

## นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกความครอบคลุมจะไม่มี SEQ	✓	SEQ		C	16	
4	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓	GRAVIDA	Y	C	2	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันคลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์	วันเดือนปีที่คลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BDATE		D	8	Y
6	วันที่ดูแลแม่	วันเดือนปีที่ได้รับการดูแลแม่หลังคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	PPCARE	Y	D	8	Y
7	รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลแม่	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	PPPLACE		C	5	
8	ผลการตรวจมารดาหลังคลอด	1=ปกติ, 2=ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓	PPRESULT		C	1	Y
9	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y



## ชื่อแฟ้ม (37)

## NEWBORN

version 2.2 (กันยายน 2559)

## นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการคลอดของทารกจากหญิง ในเขตรับผิดชอบ หรือทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ

## ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

## หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

## ขอบเขตข้อมูล

1. ทารกหลังคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
2. ทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ

## เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำประวัติการคลอดของทารก หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารกในเขตรับผิดชอบ
2. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำประวัติการคลอดของทารก หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารกที่มาคลอดที่หน่วยบริการ

## หมายเหตุ

- ข้อมูลประวัติการคลอดของทารกหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ หรือทารกที่มาคลอดที่หน่วยบริการ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- ทารกหลังคลอด 1 คน จะมี 1 record หากในการคลอดครั้งเดียวกันมีทารกที่เกิดมีชีพมากกว่า 1 คน จะมีมากกว่า 1 record เช่น กรณีเด็กแฝด
- หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของทารกหลังคลอดคนเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิม ของทารกคนนั้น
- การบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล ให้ทำการปรับปรุงตามข้อมูลล่าสุดที่ทำรอบ ไม่ต้องรอให้ทราบข้อมูลครบทุกฟิลด์
- ผู้รับบริการคัดกรองโรค หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

## นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ทะเบียนบุคคล (แม่)	ทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON และทะเบียนนี้จะซ้ำกันได้ หากบุคคลนั้นมีมารดาเป็นบุคคลเดียวกัน ใช้อ้างอิงในแฟ้ม Person	✓	MPID		C	15	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor		GRAVIDA		C	2	
5	อายุครรภ์เมื่อคลอด	อายุครรภ์ ( สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม	✓	GA		C	2	
6	วันที่คลอด	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BDATE	Y	D	8	Y
7	เวลาที่คลอด	เวลาที่คลอด กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)	✓	BTIME		C	6	
8	สถานที่คลอด	1=โรงพยาบาล, 2=สถานีนอนามัย, 3=บ้าน, 4=ระหว่างทาง, 5=อื่นๆ หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor		BPLACE		C	1	
9	รหัสสถานพยาบาลที่คลอด	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		BHOSP		C	5	
10	ลำดับที่ของทารกที่คลอด	ลำดับที่ของการคลอด 1 = คลอดเดี่ยว, 2 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 1, 3 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 2, 4 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 3, 5 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 4	✓	BIRTHNO		C	1	Y
11	วิธีการคลอด	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ทำก้น หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor		BTYPE		C	1	
12	ประเภทของผู้ทำคลอด	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = จนท.สาธารณสุข (ที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล), 4 = ผดุงครรภ์โบราณ, 5 = คลอดเอง, 6 = อื่นๆ หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor		BDOCTOR		C	1	
13	น้ำหนักแรกคลอด(กรัม)	หน่วยนับเป็นกรัม ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	BWEIGHT		N	4	
14	สภาวะการณ้ขาดออกซิเจน	แอสฟาร์ (ที่ 1 นาที) ใส่ค่าคะแนนจริง 0-10, 99 = ไม่ทราบ	✓	ASPHYXIA		C	2	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
15	ได้รับ VIT K หรือไม่	1 = ได้รับ , 2 = ไม่ได้รับ, 9 = ไม่ทราบ	✓	VITK		C	1	Y
16	ได้รับการตรวจ TSH หรือไม่	1 = ได้รับการตรวจ , 2 = ไม่ได้ตรวจ, 9 = ไม่ทราบ	✓	TSH		C	1	Y
17	ผลการตรวจ TSH	ผลการตรวจระดับ TSH บันทึกเป็นค่า (จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	✓	TSHRESULT		N	5	
18	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 9 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล และ 4,8,11,12 ประมวลผลข้อมูลจากแฟ้ม Labor

## ชื่อแฟ้ม (38)

## NEWBORN\_CARE

version 2.2 (กันยายน 2559)

## นิยามข้อมูล

ข้อมูลการดูแลทารกหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบ

## ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

## หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

## ขอบเขตข้อมูล

1. ทารกหลังคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

## เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

- กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ
- กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

## หมายเหตุ

- ข้อมูลการดูแลหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ

เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ

- การให้บริการดูแลทารกหลังคลอดแต่ละครั้ง จะมี 1 record

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

## นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่คลอด	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปี.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BDATE		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่ดูแลลูก	วันเดือนปีที่ลูกได้รับการดูแล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	BCARE	Y	D	8	Y
6	รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลลูก	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	BCPLACE		C	5	
7	ผลการตรวจทารกหลังคลอด	1=ปกติ, 2=ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓	BCARERESULT		C	1	Y
8	อาหารที่รับประทาน	1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว	✓	FOOD		C	1	Y
9	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (39)

EPI

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการวัคซีนกับผู้มารับบริการ และประชาชนกลุ่มเป้าหมายของการฉีดวัคซีนในเขตรับผิดชอบ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้รับบริการวัคซีนทั้งใน และนอกสถานพยาบาล (เช่น กรณีนักเรียนในโรงเรียน)

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีผู้รับบริการ  
2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

หมายเหตุ

- กลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องบันทึก ประกอบด้วย

1. เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี และหญิงตั้งครรภ์ ที่มาใช้บริการวัคซีน
2. เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี และหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการวัคซีนจากสถานพยาบาลอื่น
3. เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 1 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน
4. เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 2 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน
5. เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 6 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน

- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ

- การให้บริการวัคซีน 1 ชนิด ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากในการให้บริการครั้งหนึ่งมีการให้วัคซีนมากกว่า 1 ชนิด ก็จะมีมากกว่า 1 record

- ผู้มารับบริการวัคซีน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับ บริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	รหัสวัคซีน	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (การรับวัคซีนแต่ละครั้ง ไม่ควรฉีดชนิดเดียวกันเกินหนึ่งเข็ม)	✓	VACCINETYPE	Y	C	3	Y
6	สถานที่รับวัคซีน	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	VACCINEPLACE		C	5	
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (40)

## NUTRITION

## นิยามข้อมูล

ข้อมูลการวัดระดับโภชนาการและพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี และนักเรียนในเขตรับผิดชอบ

## ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

## หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

## ขอบเขตข้อมูล

- เด็ก 0-5 ปี เก็บข้อมูลปีละ 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม, ครั้งที่ 2 เดือนมกราคม, ครั้งที่ 3 เดือนเมษายน, ครั้งที่ 4 เดือนกรกฎาคม โดยให้จัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ
- เด็กอายุ 6 - 18 ปี เก็บข้อมูลปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เทอมที่ 1 (พ.ค.-ก.ค.) และครั้งที่ 2 เทอมที่ 2 (พ.ย.-ม.ค.) โดยให้จัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ

## เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

- กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
- กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น

## หมายเหตุ

- การวัดระดับโภชนาการและพัฒนาการ รวมทั้งที่ทำในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล
- ข้อมูลการวัดระดับโภชนาการและพัฒนาการที่สถานพยาบาลอื่นทำกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การวัดระดับโภชนาการและพัฒนาการ 1 ครั้ง จะมี 1 record

## นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	ทะเบียนบุคคล	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y



No (1)	ทะเบียนบุคคล	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	NUTRITIONPLACE		C	5	
6	น้ำหนัก(กก.)	น้ำหนัก(กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 45.5	✓	WEIGHT		N		Y
7	ส่วนสูง (ซม.)	ส่วนสูง (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	HEIGHT		N		Y
8	เส้นรอบศีรษะ (ซม.)	เส้นรอบศีรษะ (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	HEADCIRCUM		N		
9	ระดับพัฒนาการเด็ก	1 = ปกติ, 2 = สงสัยช้ากว่าปกติ, 3 = ช้ากว่าปกติ หมายเหตุบันทึกเฉพาะอายุเด็ก 0-5 ปี 11 เดือน 29 วัน	✓	CHILDDVELOP		C	1	
10	อาหารที่รับประทานปัจจุบัน	0 = เลิกดื่มนมแล้ว บันทึกเฉพาะอายุเด็ก 0-2 ปี 11 เดือน 29 วัน, 1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว, 5=นมและอาหารอื่นๆ	✓	FOOD		C	1	
11	การใช้ขวดนม	1 = ใช้ขวดนม, 2 = ไม่ใช้ขวดนม		BOTTLE		C	1	
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	

No (1)	ทะเบียนบุคคล	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 9 ไม่ใช่ประมวลผล แต่ใช้เพิ่ม spacialpp ประมวลผลข้อมูลแทน

ลำดับที่ 11 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (41)

SPECIALPP

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับผู้มารับบริการ และประวัติการได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ ทั้งในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล

2. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ ที่สถานพยาบาลอื่น

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ได้รับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ

2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ

หมายเหตุ

- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ

- การให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ 1 ประเภทบริการ ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record

- หากในบริการแต่ละครั้ง มีการให้บริการมากกว่า 1 ประเภทบริการ ก็จะมีมากกว่า 1 record

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)		PID	Y	C	15	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับ บริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน		SEQ		C	16	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ		SERVPLACE		C	1	Y
6	รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ	รหัสการให้บริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ		PPSPECIAL	Y	C	6	Y
7	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.		PPSPLACE		C	5	
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน		PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (42)

COMMUNITY\_ACTIVITY

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลกิจกรรมในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. กิจกรรมในชุมชนที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกิจกรรมในชุมชน

หมายเหตุ

- กิจกรรมในชุมชน 1 กิจกรรม ในแต่ละครั้ง ในแต่ละชุมชน จะมี 1 record

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	รหัสชุมชนที่จัดกิจกรรม	รหัสชุมชนที่จัดกิจกรรม ตามมหาดไทย เป็นจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน (CCAATTMM) หากจัดในระดับตำบล ในส่วนของหมู่บ้านให้ใส่ "00"	✓	VID	Y	C	8	Y
3	วันที่เริ่มจัดกิจกรรม	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_START	Y	D	8	Y
4	วันที่สิ้นสุดการจัดกิจกรรม	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_FINISH		D	8	
5	รหัสกิจกรรมในชุมชน	รหัสกิจกรรมในชุมชน ตามรหัสมาตรฐานของ สนย.	✓	COMACTIVITY	Y	C	7	Y
6	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (43)

COMMUNITY\_SERVICE

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้บริการในชุมชนสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการบริการในชุมชน โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ (CUP เดียวกัน) ที่ได้รับการบริการในชุมชน โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งให้บริการในชุมชน

หมายเหตุ

- การให้บริการในชุมชน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบและนอกเขตรับผิดชอบ เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
- การให้บริการในชุมชน 1 ประเภทบริการ ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากให้บริการแต่ละครั้ง มีการให้บริการมากกว่า 1 ประเภทบริการ ก็จะมีมากกว่า 1 record

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	รหัสการให้บริการในชุมชน	รหัสการให้บริการสุขภาพระดับบุคคลในชุมชน ตามรหัสมาตรฐานของ สนย. (5 หลัก)	✓	COMSERVICE	Y	C	7	Y
6	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (44)

## CARE\_REFER

version 2.2 (กันยายน 2559)

## นิยามข้อมูล

ข้อมูลการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ หรือส่งกลับ

## ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

## หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

## ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

## เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ และส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย

## หมายเหตุ

- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย

- การให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อมากกว่า 1 อย่าง จะมีมากกว่า 1 record

- เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER\_HISTORY โดย REFERID

- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

## นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID	Y	C	10	Y
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของจังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด	✓	REFERID_PROVINCE		C	10	



No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	รหัสการให้การดูแลผู้ป่วย ขณะส่งต่อ	รหัสแสดงการให้การดูแลหรือปฐมพยาบาลผู้ป่วยขณะส่งต่อผู้ป่วย 1. Airway = ระบบทางเดินหายใจ 2. Breathing = การหายใจ 3. IV fluid = ให้น้ำเกลือ 4. stop bluding = ห้ามเลือด 5. splint = เช้าเฝือก 6. อื่นๆ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	CARETYPE	Y	C	1	Y
5	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (45)

## CLINICAL\_REFER

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการประเมินทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

หมายเหตุ

- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย
- การประเมินทางคลินิก 1 อย่าง ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากมีการให้การประเมินทางคลินิก หลายครั้ง ในการประเมินแต่ละอย่าง หรือมีการประเมินทางคลินิกหลายอย่าง ก็จะมีมากกว่า 1 record
- เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER\_HISTORY โดย REFERID
- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID	Y	C	10	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของ จังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID_PROVINCE ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID_PROVINCE		C	10	
4	วันที่เวลาการประเมินทางคลินิก	วันเดือนปีและเวลาที่ประเมินผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและบันทึกเป็นวันเดือนปี มีรูปแบบ คือ YYYYMMDD บันทึก เป็นปี ค.ศ.	✓	DATETIME_ASSESS	Y	C	14	Y
5	รหัสการตรวจประเมินทางคลินิก	รหัสมาตรฐานการตรวจประเมินทางคลินิก หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	CLINICALCODE	Y	C	6	Y
6	ชื่อการตรวจประเมินทางคลินิก	ชื่อการตรวจประเมินทางคลินิก		CLINICALNAME		C	255	
7	ผลการตรวจประเมินทางคลินิกที่ มีค่าเป็นตัวเลข	ผลการตรวจประเมินทางคลินิกที่มีค่าเป็นตัวเลข (จุดทศนิยม 2 ตำแหน่ง) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข	✓	CLINICALVAULE		N	6	
8	คำอธิบายผลการตรวจประเมิน ทางคลินิก	คำอธิบายผลการประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วย		CLINICALRESULT		C	255	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (46)

DRUG\_REFER

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการได้รับยา ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้ยากับผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

หมายเหตุ

- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย
- การได้รับยา 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีการให้ยาหลายอย่าง ก็จะมีมากกว่า 1 record หากมีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาในยาตัวเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record
- ประวัติการให้ยาในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นยาที่ให้ในปัจจุบัน รวมถึงยาบางตัวที่เคยให้แล้วหยุดไป หากมีความสำคัญต่อประวัติการรักษา
- ประวัติการให้ยาในแผนกผู้ป่วยใน เป็นยาที่ให้ระหว่างการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น
- เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER\_HISTORY โดย REFERID
- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID	Y	C	10	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของ จังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID_PROVINCE ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID_PROVINCE		C	10	
4	วันที่เวลาที่เริ่มให้ยา	วันเดือนปีและเวลาที่เริ่มให้ยา กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	DATETIME_DSTART	Y	C	14	Y
5	วันที่เวลาที่สิ้นสุดการให้ยา	วันเดือนปีและเวลาที่สิ้นสุดการให้ยา กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ. และมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ DATETIME_START	✓	DATETIME_DFINISH		C	14	
6	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของ สถานพยาบาล	รหัสมามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มี รหัสมามาตรฐาน 24 หลัก หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมามาตรฐาน 24 หลัก หรือ รหัสยาสถานพยาบาล	✓	DIDSTD	Y	C	24	Y
7	ชื่อยา	ชื่อยา หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง	✓	DNAME		C	255	
8	ขนาดและวิธีการให้ยา	คำอธิบายขนาดยาและวิธีการให้ยา หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง	✓	DDESCRIPTION		C	255	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (47)

INVESTIGATION\_REFERER

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

หมายเหตุ

- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ 1 อย่าง ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากมีการให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ หลายครั้ง หรือมีการตรวจหลายอย่าง ก็จะมีมากกว่า 1 record
- เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER\_HISTORY โดย REFERID
- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID	Y	C	10	Y
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของจังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด	✓	REFERID_PROVINCE		C	10	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่เวลาที่ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย	วันเดือนปีและเวลาที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	DATETIME_INVEST	Y	C	14	Y
5	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือตรวจวินิจฉัย	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	INVESTCODE	Y	C	6	Y
6	ชื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือตรวจวินิจฉัย	ชื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย		INVESTNAME		C	255	
7	วันที่เวลาที่รายงานผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย	วันเดือนปีและเวลาที่รายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	DATETIME_REPORT		C	14	
8	ผลของการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย ที่มีค่าเป็นตัวเลข	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย ที่มีค่าเป็นตัวเลข (จุดทศนิยม 2 ตำแหน่ง) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข	✓	INVESTVALUE		N	6	
9	คำอธิบายผลของการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย	คำอธิบายผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย		INVESTRESULT		C	255	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (48)

PROCEDURE\_REFER

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการได้รับการทำหัตถการและผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการทำหัตถการหรือผ่าตัดผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

หมายเหตุ

- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย
- การได้รับการทำหัตถการ 1 อย่าง แต่ละครั้ง จะมี 1 record หากมีการให้หัตถการหลายอย่าง หรือหลายครั้ง ก็จะมีมากกว่า 1 record
- ประวัติการทำหัตถการในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นหัตถการที่ทำในการรับบริการครั้งนี้ และประวัติหัตถการที่เคยได้รับที่มีความสำคัญต่อประวัติการรักษา
- ประวัติการทำหัตถการในแผนกผู้ป่วยใน เป็นหัตถการที่ทำระหว่างการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น และประวัติหัตถการที่เคยได้รับที่มีความสำคัญต่อประวัติการรักษา
- เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER\_HISTORY โดย REFERID
- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID	Y	C	10	Y



No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของ จังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID_PROVINCE ในแฟ้ม REFER_HISTORY	✓	REFERID_PROVINCE		C	10	
4	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาที่วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	TIMESTART	Y	DT	14	Y
5	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาที่วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ. โดยมีค่ามากกว่า TIMESTART	✓	TIMEFINISH		DT	14	
6	ชื่อหัตถการหรือการรักษา	ชื่อการทำหัตถการหรือการรักษา		PROCEDURENAME		C	255	
7	รหัสหัตถการและการรักษา	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงตามรหัสหัตถการ ICD-10-TM หรือ รหัส ICD-9-CM	✓	PROCEDCODE	Y	C	7	Y
8	คำอธิบายการทำหัตถการหรือ การรักษา	คำอธิบายการทำหัตถการหรือการรักษา		PDESCRIPTION		C	255	
9	ผลการทำหัตถการหรือการรักษา	คำอธิบายผลการทำหัตถการหรือการรักษา		PROCEDRESULT		C	255	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิง PROVIDER ในแฟ้ม PROVIDER	✓	PROVIDER		C	15	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ. และค่ามากกว่าหรือเท่ากับ TIMESTART	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

## ชื่อแฟ้ม (49)

## REFER\_HISTORY

version 2.2 (กันยายน 2559)

## นิยามข้อมูล

ข้อมูลประวัติการส่งต่อผู้ป่วย

## ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

## หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

## ขอบเขตข้อมูล

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
2. ผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับ ไปยังสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา
3. การตอบกลับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่ส่งมา เมื่อสิ้นสุดการรักษา โดยไม่ได้ส่งผู้ป่วยกลับ

## เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ

## หมายเหตุ

- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย
- การส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมข้อมูล จะบันทึกใน record เดิม
- ข้อมูลรหัสการวินิจฉัยโรค จะอยู่ในแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD หรือ DIAGNOSIS\_IPD
- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับสถานพยาบาลเดิมที่ส่งผู้ป่วยมา และการตอบกลับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่ส่งมา โดยไม่ได้ส่งผู้ป่วยกลับด้วย

## นิยามที่เกี่ยวข้อง

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข	✓	REFERID	Y	C	10	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของ จังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด	✓	REFERID_PROVINCE		C	10	
4	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิง PID ในแฟ้ม PERSON	✓	PID		C	15	Y
5	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิง SEQ ในแฟ้ม SERVICE	✓	SEQ		C	16	Y
6	เลขที่ผู้ป่วยใน	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน หมายเหตุ : กรณีไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิง AN ในแฟ้ม ADMISSION	✓	AN		C	9	
7	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยของ สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา (ถ้ามี) ในกรณีที่เป็นการส่งผู้ป่วย กลับหรือตอบกลับการส่งต่อเมื่อสิ้นสุดการรักษารักษา หรือเป็นการส่งต่อไปยังอีก สถานพยาบาลหนึ่ง หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข	✓	REFERID_ORIGIN		C	10	
8	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา (ถ้ามี) ในกรณีที่เป็นการส่งผู้ป่วยกลับหรือตอบกลับการ ส่งต่อเมื่อสิ้นสุดการรักษารักษา หรือเป็นการส่งต่อไปยังอีกสถานพยาบาลหนึ่ง หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถานบริการ สนย.	✓	HOSPCODE_ORIGIN		C	5	
9	วันที่เวลามารับบริการ	วันเดือนปีและเวลาที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและบันทึกเป็นวันเดือนปีที่มารับบริการอ้างอิง DATE_SERV ในแฟ้ม SERVICE มีรูปแบบ คือ YYYYMMDD บันทึกเป็นปี ค.ศ.	✓	DATETIME_SERV		DT	14	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
10	วันที่เวลารับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) กรณีเป็นผู้ป่วยใน หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและบันทึกเป็นวันเดือนปีที่รับเป็นผู้ป่วยในอ้างอิง DATETIME_ADMIT ในแฟ้ม ADMISSION มีรูปแบบ คือ YYYYMMDD บันทึกเป็นปี ค.ศ.	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	
11	วันที่เวลาส่งต่อผู้ป่วย	วันเดือนปีและเวลาที่ส่งต่อผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและบันทึกเป็นวันเดือนปี มีรูปแบบ คือ YYYYMMDD บันทึก เป็นปี ค.ศ.	✓	DATETIME_REFER		DT	14	Y
12	แผนกที่ส่งต่อผู้ป่วย	รหัสแผนกที่ส่งผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถานบริการ สนย.	✓	CLINIC_REFER		C	5	
13	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ หรือสถานพยาบาลที่ส่งกลับไปหา หรือตอบกลับไปถึง หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถานบริการ สนย.	✓	HOSP_DESTINATION		C	5	Y
14	อาการสำคัญ	อาการสำคัญที่มาใช้บริการ		CHIEFCOMP		C	255	
15	ผลการตรวจร่างกายสำคัญ	ผลการตรวจร่างกาย พบความผิดปกติที่สำคัญ		PHYSICALEXAM		C	255	
16	วินิจฉัยโรคแรกรับ (ชื่อโรค)	ชื่อวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ เมื่อแรกรับ		DIAGFIRST		C	255	
17	วินิจฉัยโรคสุดท้าย (ชื่อโรค)	ชื่อวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ ครั้งสุดท้ายก่อนส่งผู้ป่วย		DIAGLAST		C	255	Y
18	สภาพผู้ป่วยก่อนส่งต่อ	อธิบายสภาพของผู้ป่วยก่อนส่งต่อ		PSTATUS		C	255	Y
19	ประเภทผู้ป่วย	1 = ผู้ป่วยทั่วไป, 2 = ผู้ป่วยอุบัติเหตุ, 3 = ผู้ป่วยฉุกเฉิน(ยกเว้นอุบัติเหตุ) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	PTYPE		C	1	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
20	ระดับความเร่งด่วน	ระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ (1= life threatening, 2= emergency, 3= urgent, 4= acute, 5= non acute) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	EMERGENCY		C	1	Y
21	กลุ่มโรคเฉพาะเพื่อการส่งต่อ	ประเภทของโรคหรือภาวะเฉพาะที่ต้องได้รับการส่งต่อ (01=STEMI, 02= Stroke, 03= trauma, 04= cancer, 05= sepsis, 06=pregnancy,labor,postpartum, 07= new born, 99= อื่นๆ) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	PTYPEDIS		C	2	
22	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย, 6 = เพื่อส่งผู้ป่วยกลับไปยังสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา, 7=เป็นการตอบกลับการส่งต่อ(ไม่ได้ส่งผู้ป่วย)	✓	CAUSEOUT		C	1	Y
23	สิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการ	สิ่งที่ต้องการให้สถานพยาบาลปลายทางดำเนินการ		REQUEST		C	255	
24	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิง PROVIDER ในแฟ้ม PROVIDER	✓	PROVIDER		C	15	
25	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาที่วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ DATE_SERV หรือ DATETIME_ADMIT มีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (50)

REFER\_RESULT

version 2.2 (กันยายน 2559)

นิยามข้อมูล

ข้อมูลผลการตอบรับการส่งต่อ/ส่งกลับ ผู้ป่วย

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

หน่วยงานที่บันทึก

รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

1. การตอบรับผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ มาจากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตอบรับการส่งต่อ/ส่งกลับ

หมายเหตุ

- ส่งข้อมูลเมื่อมีการรับหรือปฏิเสธการรับผู้ป่วยส่งต่อ/ส่งกลับ

- การตอบรับการส่งต่อ 1 ครั้ง จะมีการตอบรับ 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมข้อมูล จะบันทึกใน record เดิม

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- การตอบรับการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการที่รับส่งต่อ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่รับส่งต่อ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข		REFERID_SOURCE	Y	C	10	Y
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของจังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID_PROVINCE ในแฟ้ม REFER_HISTORY		REFERID_PROVINCE		C	10	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถานบริการ สนย.		HOSP_SOURCE	Y	C	5	Y
5	ผลการส่งต่อ	1=ตอบรับการส่งต่อ 2=ปฏิเสธการส่งต่อ 3=เสียชีวิตระหว่างการส่งต่อ 4=ไม่พบผู้ป่วย 5=อื่นๆ		REFER_RESULT		C	1	Y
6	วันที่เวลาที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลต่อ	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและบันทึกเป็นวันเดือนปี มีรูปแบบ คือ YYYYMMDD บันทึก เป็นปี ค.ศ.		DATETIME_IN		DT	14	
7	ทะเบียนบุคคล ของ สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ของสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข		PID_IN		C	15	
8	เลขที่ผู้ป่วยใน ของ สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน ของสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข		AN_IN		C	9	
9	สาเหตุที่ไม่สามารถรับผู้ป่วย	อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อได้		REASON		C	255	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		D_UPDATE		DT	14	Y



ชื่อแฟ้ม (51)	DATA_CORRECT
นิยามข้อมูล	ข้อมูลที่ขอแก้ไข
ลักษณะแฟ้ม	<input checked="" type="checkbox"/> แฟ้มแก้ไขข้อมูล
หน่วยงานที่บันทึก	<input checked="" type="checkbox"/> รพ.สต. <input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> รพท. <input checked="" type="checkbox"/> รพศ. <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	- ข้อมูลที่ส่งมาแก้ไขข้อมูลเดิมที่ผิดพลาด
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	- ตามรอบการส่งข้อมูล
หมายเหตุ	-
นิยามที่เกี่ยวข้อง	-

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE		C	5	Y
2	แฟ้มที่ขอแก้ไข	ชื่อแฟ้มที่ส่งขอแก้ไข	✓	TABLENAME		C	30	Y
4	รายละเอียดข้อมูล	รายการข้อมูลที่ขอแก้ไข	✓	DATA_CORRECT		JSON		Y
5	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ตัวอย่าง Text File ข้อมูลที่ขอแก้ไข

ตัวอย่างการแก้ไขแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | DIAGNOSIS\_OPD | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

(ต่อหน้าถัดไป)

ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล DIAGNOSIS\_OPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานพยาบาล เลขที่ประจำตัวบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล DIAGNOSIS\_OPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานพยาบาล เลขที่ประจำตัวบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้

และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD

รายการแก้ไขแฟ้มอื่นๆ ตามเอกสารแนบ

## ชื่อแฟ้ม (52)

## POLICY

นิยามข้อมูล

ข้อมูลที่จัดเก็บตามนโยบาย

ลักษณะแฟ้ม

 แฟ้มสะสม  แฟ้มบริการ  แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ  แฟ้มเก็บตามนโยบาย

หน่วยงานที่บันทึก

 รพ.สต.  รพช.  รพท.  รพศ.  อื่น ๆ :

ขอบเขตข้อมูล

- ตามแต่ละนโยบายกำหนด

เวลา/รอบที่ทำการบันทึก

- ตามแต่ละนโยบายกำหนด

หมายเหตุ

- ขึ้นอยู่กับนโยบายแต่ละเรื่อง

นิยามที่เกี่ยวข้อง

- ตามแต่ละนโยบายกำหนด

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE		C	5	Y
2	รหัสนโยบาย	รหัสนโยบายแต่ละเรื่อง ไม่ซ้ำกันในแต่ละปี (สนย.กำหนดรหัส)	✓	POLICY_ID		C	3	Y
3	ปีนโยบาย	ปีนโยบายที่เริ่มใช้ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYY)	✓	POLICY_YEAR		D	4	Y
4	รายละเอียดข้อมูล	รายการข้อมูลตามแต่ละนโยบาย เก็บตามรูปแบบ JSON ตามที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด - วัดเส้นรอบศีรษะของเด็กแรกเกิด (HC)	✓	POLICY_DATA		JSON		Y
5	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : 1. ตัวอย่าง Text File ข้อมูล เพิ่ม POLICY เรื่องวัดเส้นรอบศีรษะ

HOSPCODE | POLICY\_ID | POLICY\_YEAR | POLICY\_DATA | D\_UPDATE

11111 | 001 | 2017 | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999','BDATE' : '20170701', 'HC' : 35.0} | 20170820200000

ตัวอย่างรหัสนโยบาย : วัดเส้นรอบศีรษะเด็กแรกเกิด รหัส 001

POLICY\_DATA : วัดเส้นรอบศีรษะเด็กแรกเกิดจะต้องมี

1.รหัสสถานพยาบาลที่รายงาน

2.เลขประจำตัวบุคคลของเด็ก

3.วันเดือนปีเกิดของเด็ก

4.เส้นรอบศีรษะของเด็ก (วัดเส้นรอบศีรษะเด็กแรกเกิด วัดรอบบริเวณที่นูนที่สุดของหน้าผากเหนือกระดูกเบ้าตาและท้ายทอย หน่วยเป็น ซม. และมีจุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง)

2. จากตัวอย่างดังกล่าวมีข้อมูลการบันทึกอยู่ในระบบของโรงพยาบาล (HIS) อยู่แล้ว สามารถส่งออกข้อมูลตามรูปแบบ Java Script Object Notation (JSON) ดังกล่าว

ภาคผนวก



## รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ

### 1B003

#### การคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านม

- 1B0030 ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเอง ได้ผลปกติ
- 1B0031 ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเอง ได้ผลผิดปกติ
- 1B0032 ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ผู้รับบริการไม่เคยตรวจด้วยตนเอง
- 1B0033 ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลปกติ ไม่ระบุว่าผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองหรือไม่
- 1B0034 ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเอง ได้ผลปกติ
- 1B0035 ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเอง ได้ผลผิดปกติ
- 1B0036 ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ผู้รับบริการไม่เคยตรวจด้วยตนเอง
- 1B0037 ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งเต้านมได้ผลผิดปกติ ไม่ระบุว่าผู้รับบริการเคยตรวจด้วยตนเองหรือไม่
- 1B0039 ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ไม่ระบุรายละเอียด

### 1B004

#### การคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก

- 1B0040 ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลลบ
- 1B0041 ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลบวก ไม่ให้การรักษา
- 1B0042 ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ได้ผลบวก และให้การรักษา
- 1B0043 ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ไม่ระบุผลการตรวจ
- 1B0044 ตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap (ยังไม่ทราบผล)
- 1B0045 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี VIA ผลตรวจเป็นมะเร็งปากมดลูก
- 1B0048 ตรวจคัดกรอง วิธีอื่น (ระบุวิธี)
- 1B0049 ตรวจคัดกรอง ไม่ระบุวิธี

**1B026****การประเมินภาวะซีมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรอง 2Q ผิดปกติ**

หมายเหตุ : คะแนนการประเมินมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ ประเมิน 8Q

- 1B0260 การประเมินภาวะซีมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าผลปกติ
- 1B0261 การประเมินภาวะซีมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าซีมเศร้าน้อย (คะแนน 7-12)
- 1B0262 การประเมินภาวะซีมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าซีมเศร้าปานกลาง (คะแนน 13-18)
- 1B0263 การประเมินภาวะซีมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าซีมเศร้ารุนแรง (คะแนน  $\geq 19$ )
- 1B0269 การประเมินภาวะซีมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ไม่ระบุรายละเอียด

**1B027****การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน8Q**

หมายเหตุ :กลุ่มผู้ป่วยผลการประเมิน9Qมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ ประเมิน 8Qต่อ

- 1B0270 การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q พบว่าไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย
- 1B0271 การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q พบว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย (คะแนน 1-8)
- 1B0272 การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q พบว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (คะแนน 9-16)
- 1B0273 การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q พบว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง (คะแนน  $\geq 17$ )
- 1B0279 การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q ไม่ระบุรายละเอียด

**1B028****การตรวจคัดกรองความเสี่ยง/โรคทางจิตเวชอื่นๆ**

การตรวจคัดกรองโรคซีมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้สูงอายุ

หมายเหตุ : กรณีที่ผลการประเมินผิดปกติให้ทำแบบประเมิน 9Q ต่อ

- 1B0280 การตรวจคัดกรองโรคซีมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ
- 1B0281 การตรวจคัดกรองโรคซีมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ
- 1B0282 การตรวจคัดกรองโรคซีมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 9Q พบว่าผลปกติ
- 1B0283 การตรวจคัดกรองโรคซีมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 9Q พบว่าซีมเศร้าน้อย (คะแนน 7-12)
- 1B0284 การตรวจคัดกรองโรคซีมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 9Q พบว่าซีมเศร้าปานกลาง (คะแนน 13-18)
- 1B0285 การตรวจคัดกรองโรคซีมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง 9Q พบว่าซีมเศร้ารุนแรง (คะแนน  $\geq 19$ )
- 1B0286 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้สูงอายุ พบว่าผลปกติ
- 1B0287 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้สูงอายุ พบว่าผลผิดปกติ
- 1B0289 การตรวจคัดกรองโรคซีมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้สูงอายุ ไม่ระบุรายละเอียด



<b>1B113</b>	<b>การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการเห็น</b>
1B1130	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการเห็น ผลเหมาะสมกับลักษณะงาน
1B1131	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการเห็น ผลไม่เหมาะสมกับลักษณะงาน
1B1139	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการเห็น ไม่ระบุรายละเอียด
<b>1B114</b>	<b>การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการได้ยิน</b>
1B1140	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการได้ยิน ผลปกติ
1B1141	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการได้ยิน ผลต้องเฝ้าระวัง
1B1142	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการได้ยิน ผลผิดปกติ
1B1143	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการได้ยิน ผลผิดปกติจากเสียง
1B1149	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางการได้ยิน ไม่ระบุรายละเอียด
<b>1B115</b>	<b>การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางปอด</b>
1B1150	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางปอด ผลปกติ
1B1151	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางปอด ผลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานแบบหลอดลมอุดกั้น
1B1152	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางปอด ผลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานแบบจำกัดการขยายตัว
1B1153	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางปอด ผลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานแบบผสม
1B1159	การตรวจคัดกรองสมรรถภาพทางปอด ไม่ระบุรายละเอียด
<b>1B116</b>	<b>การตรวจเอ็กซเรย์ปอดฟิล์มใหญ่ในวัยทำงาน</b>
	<i>หมายเหตุ : ตามเกณฑ์ International Labor (ILO) system of classification of radiographs of pneumoconiosis</i>
1B1160	การตรวจเอ็กซเรย์ปอดฟิล์มใหญ่ในวัยทำงาน ผลปกติระดับ 0/0
1B1161	การตรวจเอ็กซเรย์ปอดฟิล์มใหญ่ในวัยทำงาน ผลผิดปกติตั้งแต่ระดับ 0/1 – 1/0
1B1162	การตรวจเอ็กซเรย์ปอดฟิล์มใหญ่ในวัยทำงาน ผลผิดปกติตั้งแต่ระดับ 1/1 ขึ้นไป
1B1169	การตรวจเอ็กซเรย์ปอดฟิล์มใหญ่ในวัยทำงาน ไม่ระบุรายละเอียด
<b>1B117</b>	<b>การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช</b>
	<i>หมายเหตุ : คัดกรองด้วยกระดาษทดสอบพิเศษ (Reactive paper)</i>
1B1170	การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ผลปกติ
1B1171	การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ผลปลอดภัย
1B1172	การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ผลมีความเสี่ยง
1B1173	การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ผลไม่ปลอดภัย
1B1179	การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ไม่ระบุรายละเอียด

**1B120****การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม**

- 1B1200 การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม พบว่าไม่มีความเสี่ยง
- 1B1201 การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม พบว่ามีความเสี่ยง ให้คำแนะนำและรักษา
- 1B1202 การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม พบว่ามีความเสี่ยงส่งรักษาต่อ
- 1B1209 การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะหกล้ม ไม่ระบุรายละเอียด

**1B122****การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ AMT/MMSE-T 2002 ในผู้สูงอายุ**

หมายเหตุ : ตรวจแบบ AMT/อื่นๆ พบผิดปกติให้ประเมิน MMSE-T 2002 ต่อ

- 1B1220 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ AMT ในผู้สูงอายุ พบว่าปกติ
- 1B1221 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ AMT ในผู้สูงอายุ พบว่าผิดปกติ ให้คำแนะนำและรักษา
- 1B1223 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ AMT ในผู้สูงอายุ พบว่าผิดปกติและส่งไปรักษาต่อ
- 1B1224 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ MMSE-T 2002 ในผู้สูงอายุ พบว่าปกติ
- 1B1225 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ MMSE-T 2002 ในผู้สูงอายุ พบว่าผิดปกติ ให้คำแนะนำและรักษา
- 1B1226 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ MMSE-T 2002 ในผู้สูงอายุ พบว่าผิดปกติและส่งไปรักษาต่อ
- 1B1229 การตรวจคัดกรองสมรรถภาพสมอง (ภาวะสมองเสื่อม) โดยแบบ AMT/MMSE-T 2002 ในผู้สูงอายุไม่ระบุรายละเอียด

**1B123****การตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ**

- 1B1230 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีความเสี่ยง
- 1B1231 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่ามีความเสี่ยง
- 1B1232 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่ามีความเสี่ยงสูง
- 1B1234 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่ามีความเสี่ยงสูงมาก ให้คำแนะนำ/รักษา

1B1235 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ พบว่ามีความเสี่ยงสูงมาก รักษาต่อ

1B1239 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ไม่ระบุรายละเอียด

**1B124** การตรวจคัดกรองสายตาระยะใกล้/ระยะไกลในผู้สูงอายุ

1B1240 การตรวจคัดกรองสายตาระยะใกล้ในผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีปัญหา

1B1241 การตรวจคัดกรองสายตาระยะใกล้ในผู้สูงอายุ พบว่ามีปัญหาให้คำแนะนำและรักษา

1B1242 การตรวจคัดกรองสายตาระยะใกล้ในผู้สูงอายุ พบว่ามีปัญหาส่งไปรักษาต่อ

1B1243 การตรวจคัดกรองสายตาระยะไกลในผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีปัญหา

1B1244 การตรวจคัดกรองสายตาระยะไกลในผู้สูงอายุ พบว่ามีปัญหาให้คำแนะนำและรักษา

1B1245 การตรวจคัดกรองสายตาระยะไกลในผู้สูงอายุ พบว่ามีปัญหาส่งไปรักษาต่อ

1B1249 การตรวจคัดกรองสายตาระยะใกล้/ระยะไกลในผู้สูงอายุ ไม่ระบุรายละเอียด

**1B125** การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อกระจก / ต้อหิน / จอประสาทตาเสื่อมจากอายุในผู้สูงอายุ

1B1250 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อกระจกในผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีปัญหา

1B1251 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อกระจกในผู้สูงอายุ พบว่ามีปัญหาให้คำแนะนำและรักษา

1B1252 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อกระจกในผู้สูงอายุ พบว่ามีปัญหาส่งไปรักษาต่อ

1B1253 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต้อหินในผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีปัญหา

1B1254 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต้อหินในผู้สูงอายุ พบว่ามีปัญหาให้คำแนะนำและรักษา

1B1255 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต้อหินในผู้สูงอายุ พบว่ามีปัญหาส่งไปรักษาต่อ

1B1256 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคจอประสาทตาเสื่อมจากอายุในผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีปัญหา

1B1257 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคจอประสาทตาเสื่อมจากอายุในผู้สูงอายุ พบว่ามีปัญหาให้คำแนะนำและรักษา

1B1258 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคจอประสาทตาเสื่อมจากอายุในผู้สูงอายุ พบว่ามีปัญหาส่งไปรักษาต่อ

1B1259 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อกระจก / ต้อหิน / จอประสาทตาเสื่อมจากอายุในผู้สูงอายุ ไม่ระบุรายละเอียด

**1B126** การตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ

1B1260 การตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ พบว่าพฤติกรรมเหมาะสม

1B1261 การตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ พบว่าพฤติกรรมไม่เหมาะสม และแนะนำให้ความรู้

1B1269 การตรวจคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ไม่ระบุรายละเอียด

**1B127**

การตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกในผู้สูงอายุ/สมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว

- 1B1270 การตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกในผู้สูงอายุ พบว่าปกติ
- 1B1271 การตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกในผู้สูงอายุ พบว่าผิดปกติ ให้คำแนะนำและรักษา
- 1B1272 การตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกในผู้สูงอายุ พบว่าผิดปกติและส่งรักษาต่อ
- 1B1273 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว พบว่าไม่ต้องดูแลระยะยาว
- 1B1274 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว พบว่าต้องเฝ้าระวัง ให้คำแนะนำและติดตาม
- 1B1275 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว พบว่าต้องดูแลระยะยาว ให้คำแนะนำและดูแลต่อเนื่อง
- 1B1279 การตรวจคัดกรองข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกในผู้สูงอายุ/สมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว ไม่ระบุรายละเอียด

**1B128**

การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน/ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- 1B1280 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าช่วยเหลือตัวเองได้ /ติดสังคม (ADL 12-20 คะแนน)
- 1B1281 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง / บางส่วน /ติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน)
- 1B1282 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าช่วยเหลือตัวเองได้น้อย / ไม่ได้เลย /ภาวะติดเตียง (ADL 0-4 คะแนน)
- 1B1283 การตรวจคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะในผู้สูงอายุ
- 1B1284 การตรวจคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะในผู้สูงอายุ ไม่มีปัญหา
- 1B1285 การตรวจคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะในผู้สูงอายุ มีปัญหา
- 1B1289 การตรวจคัดกรองสมรรถนะผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ระบุรายละเอียด

**1B13**

การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- 1B130 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ
- 1B131 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ
- 1B132 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าผลปกติ (0-4 คะแนน)

- 1B133 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ามีปัญหาความเครียด (5–7 คะแนน)
- 1B134 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ามีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป)
- 1B139 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่ระบุรายละเอียด

**1B14** การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด

- 1B140 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ
- 1B141 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ
- 1B142 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด พบว่าผลปกติ (0–4 คะแนน)
- 1B143 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด พบว่ามีปัญหาความเครียด (5–7 คะแนน)
- 1B144 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด พบว่ามีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป)
- 1B149 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด ไม่ระบุรายละเอียด

**1B15** การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติด

- 1B150 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติดด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ
- 1B151 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติดด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ
- 1B152 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติด พบว่าผลปกติ (0–4 คะแนน)
- 1B153 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติด พบว่ามีปัญหาความเครียด (5–7 คะแนน)
- 1B154 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติด พบว่ามีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป)
- 1B159 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้มีปัญหาสุรา/สารเสพติด ไม่ระบุรายละเอียด

**1B16**

การตรวจคัดกรองโรคซึ่มเศร้า/ประเมินความเครียดในกลุ่มที่มีอาการซึ่มเศร้าชัดเจน

1B160

การตรวจคัดกรองโรคซึ่มเศร้าในกลุ่มที่มีอาการซึ่มเศร้าชัดเจนด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ

1B161

การตรวจคัดกรองโรคซึ่มเศร้าในกลุ่มที่มีอาการซึ่มเศร้าชัดเจนด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ

1B162

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีอาการซึ่มเศร้าชัดเจน พบว่าผลปกติ (0 – 4 คะแนน)

1B163

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีอาการซึ่มเศร้าชัดเจน พบว่ามีปัญหาความเครียด (5 – 7 คะแนน)

1B164

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีอาการซึ่มเศร้าชัดเจน พบว่ามีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป)

1B169

การตรวจคัดกรองโรคซึ่มเศร้า/ประเมินความเครียดในกลุ่มที่มีอาการซึ่มเศร้าชัดเจน ไม่ระบุรายละเอียด

**1B17**

การตรวจคัดกรองโรคซึ่มเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้ที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้

1B170

การตรวจคัดกรองโรคซึ่มเศร้าในผู้ที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ

1B171

การตรวจคัดกรองโรคซึ่มเศร้าในผู้ที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ

1B172

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีอาการซึ่มเศร้าในผู้ที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ พบว่าผลปกติ (0-4 คะแนน)

1B173

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้ที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ พบว่ามีปัญหาความเครียด (5-7 คะแนน)

1B174

การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในผู้ที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ พบว่ามีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป)

1B179

การตรวจคัดกรองโรคซึ่มเศร้า/ประเมินความเครียดในผู้ที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่ระบุรายละเอียด

**1B18**

การตรวจคัดกรองโรคซึ่มเศร้า/ประเมินความเครียดในกลุ่มที่มีการสูญเสีย

คนที่รัก /ทรัพย์สินจำนวนมาก ฯลฯ

1B180

การตรวจคัดกรองโรคซึ่มเศร้าในกลุ่มที่มีการสูญเสีย ด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลปกติ

1B181

การตรวจคัดกรองโรคซึ่มเศร้าในกลุ่มที่มีการสูญเสีย ด้วยแบบคัดกรอง 2Q พบว่าผลผิดปกติ

- 1B182 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีการสูญเสีย พบว่าผลปกติ (0-4 คะแนน)
- 1B183 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีการสูญเสีย พบว่าปัญหาความเครียด (5-7 คะแนน)
- 1B184 การประเมินความเครียดด้วยแบบคัดกรอง ST5 ในกลุ่มที่มีการสูญเสีย พบว่ามีความเครียดสูง (8 คะแนนขึ้นไป)
- 1B189 การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า/ประเมินความเครียดในกลุ่มที่มีการสูญเสีย ไม่ระบุรายละเอียด

**1B2** การตรวจคัดกรอง / เฝ้าระวัง ในเด็กอายุ 0-60 เดือนโดยเครื่องมือ DSPM / DAIM

**1B20** การตรวจคัดกรอง/แบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหว

- 1B200 การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM ผลปกติ
- 1B201 การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM สงสัยล่าช้า ส่งเสริมพัฒนาการใน 1 เดือน
- 1B202 การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B203 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM ผลปกติ
- 1B204 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM สงสัยล่าช้า ส่งเสริมพัฒนาการใน 1 เดือน
- 1B205 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B206 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DAIM ผลปกติ
- 1B207 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DAIM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B209 การตรวจคัดกรอง/แบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหวโดยเครื่องมือ DSPM และหรือ DAIM ไม่ระบุรายละเอียด

**1B21** การตรวจคัดกรอง/แบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา

- 1B210 การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาโดยเครื่องมือ DSPM ผลปกติ
- 1B211 การตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาโดยเครื่องมือ DSPM สงสัยล่าช้า ส่งเสริมพัฒนาการใน 1 เดือน







- 1B247 การตรวจแบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคมโดยเครื่องมือ DAIM ผลล่าช้า ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B249 การตรวจคัดกรอง/แบบเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม โดยเครื่องมือ DSPMและหรือ DAIM ไม่ระบุรายละเอียด

### **1B25** การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการ

- 1B250 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุแรกเกิด โดยเครื่องมือ DAIM ข้อที่ 1-3 (ตรวจปฏิกิริยา ตรวจความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และตรวจข้อเท้า) ผ่าน
- 1B251 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุแรกเกิด โดยเครื่องมือ DAIM ข้อที่ 1-3 (ตรวจปฏิกิริยา ตรวจความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และตรวจข้อเท้า) ไม่ผ่าน ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B252 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 1 เดือน โดยเครื่องมือ DAIM ข้อที่ 4 (ตรวจการเหยียดแขนและขา) ผ่าน
- 1B253 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 1 เดือน โดยเครื่องมือ DAIM ข้อที่ 4 (ตรวจการเหยียดแขนและขา) ไม่ผ่าน ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B254 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 3-4 เดือน โดยเครื่องมือ DAIM ข้อที่ 5 (ตรวจการกำมือ) ผ่าน
- 1B255 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 3-4 เดือน โดยเครื่องมือ DAIM ข้อที่ 5 (ตรวจการกำมือ) ไม่ผ่าน ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B256 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 10-12 เดือน โดยเครื่องมือ DAIM ข้อที่ 6 (ตรวจการกางแขน) ผ่าน
- 1B257 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 10-12 เดือน โดยเครื่องมือ DAIM ข้อที่ 6 (ตรวจการกางแขน) ไม่ผ่าน ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ
- 1B258 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 55-60 เดือน โดยเครื่องมือ DAIM ข้อที่ 7 (เดินต่อสั้นเท้า) ผ่าน
- 1B259 การตรวจประเมินระบบประสาทและพัฒนาการอายุ 55-60 เดือน โดยเครื่องมือ DAIM ข้อที่ 7 (เดินต่อสั้นเท้า) ไม่ผ่าน ส่งเพื่อประเมิน/รักษาต่อ

### **1B26** ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยโดยเครื่องมือ DSPM

- 1B260 ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยโดยเครื่องมือ DSPM ผลปกติ
- 1B261 ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยโดยเครื่องมือ DSPM สงสัยล่าช้า ส่งเสริมพัฒนาการใน 1 เดือน
- 1B262 ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยโดยเครื่องมือ DSPM สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที

**1B3****ผลการตรวจคัดกรองผลปกติ**

1B30

ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลปกติ

1B31

ผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ผลปกติ

**1B4****ผลการตรวจคัดกรองผลผิดปกติ**

1B40

ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลผิดปกติ

1B41

ผลการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ผลผิดปกติ

**1B5****การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการสุขภาพ****1B50****ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพดี (ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา)**

1B501

ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพดี 1-10 มวนต่อวัน

1B502

ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพดี 11-19 มวนต่อวัน

1B503

ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพดี 20 มวนขึ้นไปต่อวัน

1B504

ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพดีมีวนแรกหลังตื่นนอน น้อยกว่า 30 นาที

1B505

ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพดีมีวนแรกหลังตื่นนอน มากกว่า 30 นาที  
แต่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

1B506

ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพดีมีวนแรกหลังตื่นนอน 1 ชั่วโมง หรือมากกว่า

1B509

ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพดี ไม่ระบุรายละเอียด

**1B51**

ผู้มารับบริการเคยสูบบุหรี่แต่ไม่สูบบุหรี่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

**1B52**

ผู้มารับบริการมีพฤติกรรมไม่เคยสูบบุหรี่

**1B53****การให้คำปรึกษา/แนะนำผู้ติดบุหรี่**

1B530

การให้คำแนะนำผู้ติดบุหรี่แบบสั้น (Brief Advice)

1B531

การให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ (Counseling Advice)

1B532

การให้คำปรึกษาและให้ยาเพื่อเลิกบุหรี่ (Counseling Advice + Medicine)

**1B54****การติดตามผู้ติดบุหรี่ ระยะเวลา 1 เดือน**

1B540

การติดตามผู้ติดบุหรี่ ระยะเวลา 1 เดือน ผลยังสูบบุหรี่อยู่ปริมาณ/จำนวนมวน เท่าเดิม

1B541

การติดตามผู้ติดบุหรี่ ระยะเวลา 1 เดือน ผลลดปริมาณ/จำนวนมวนที่สูบลงได้

1B542

การติดตามผู้ติดบุหรี่ ผลไม่สูบแล้ว

**1B55****การติดตามผู้ติดบุหรี่ ระยะเวลา 3 เดือน**

- 1B550 การติดตามผู้ติดบุหรี่ ระยะเวลา 3 เดือน ผลยังสูบบุหรี่อยู่ปริมาณ/จำนวนมวนเท่าเดิม
- 1B551 การติดตามผู้ติดบุหรี่ ระยะเวลา 3 เดือน ผลลดปริมาณ/จำนวนมวนที่สูบลงได้
- 1B552 การติดตามผู้ติดบุหรี่ ระยะเวลา 3 เดือน ผลไม่สูบแล้ว

**1B56****การติดตามผู้ติดบุหรี่ ระยะเวลา 6 เดือน**

- 1B560 การติดตามผู้ติดบุหรี่ ระยะเวลา 6 เดือน ผลยังสูบบุหรี่อยู่ปริมาณ/จำนวนมวนเท่าเดิม
- 1B561 การติดตามผู้ติดบุหรี่ ระยะเวลา 6 เดือน ผลลดปริมาณ/จำนวนมวนที่สูบลงได้
- 1B562 การติดตามผู้ติดบุหรี่ ระยะเวลา 6 เดือน ผลไม่สูบแล้ว

# การแก้ไขเพิ่มข้อมูลรูปแบบ JSON



### การแก้ไขเพิ่มเติม (1) PERSON

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | PERSON | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} |  
20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล PERSON จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล มาแก้ไขใน JSON นี้  
กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล PERSON จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล มาแก้ไขใน JSON นี้  
และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม PERSON

### การแก้ไขเพิ่มเติม (2) ADDRESS

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | ADDRESS | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'ADDRESSTYPE' : '1', 'EDITOR\_CID' :  
'222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล ADDRESS จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ประเภทของที่อยู่ มา  
แก้ไขใน JSON นี้  
กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล ADDRESS จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ประเภทของที่อยู่มา  
แก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม ADDRESS

### การแก้ไขเพิ่มเติม (3) DEATH

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | DEATH | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} |  
20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล DEATH จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล มาแก้ไขใน JSON นี้  
กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล DEATH จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล มาแก้ไขใน JSON นี้  
และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม DEATH

### การแก้ไขเพิ่มเติม (4) CHRONICFU

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | CHRONICFU | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR\_CID' :  
'222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล CHRONICFU จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับ  
บริการมาแก้ไขใน JSON นี้  
กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล CHRONICFU จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับ  
บริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม CHRONICFU

## การแก้ไขเพิ่ม (5) CARD

### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

```
11111 | CARD | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'EDITOR_CID' : '222222222222', 'INSTYPE_NEW' : '1100'} | 20160820200000
```

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล CARD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล มาแก้ไขใน JSON นี้  
กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล CARD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในเพิ่ม CARD

## การแก้ไขเพิ่ม (6) HOME

### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

```
11111 | HOME | {'HOSPCODE' : '11111', 'HID' : '5555555555555555', 'EDITOR_CID' : '222222222222'} | 20160820200000
```

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล HOME จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ รหัสบ้าน มาแก้ไขใน JSON นี้  
กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล HOME จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ รหัสบ้าน มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในเพิ่ม HOME

## การแก้ไขเพิ่ม (7) VILLAGE

### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

```
11111 | VILLAGE | {'HOSPCODE' : '11111', 'VID' : '02010300', 'EDITOR_CID' : '222222222222'} | 20160820200000
```

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล VILLAGE จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ รหัสชุมชนในเขตรับผิดชอบ มาแก้ไขใน JSON นี้  
กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล VILLAGE จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ รหัสชุมชนในเขตรับผิดชอบ มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในเพิ่ม VILLAGE

## การแก้ไขเพิ่ม (8) DISABILITY

### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

```
11111 | DISABILITY | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'DISABTYPE' : '1', 'EDITOR_CID' : '222222222222'} | 20160820200000
```

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล DISABILITY จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ประเภทความพิการ มาแก้ไขใน JSON นี้  
กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล DISABILITY จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ประเภทความพิการ มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในเพิ่ม DISABILITY



### การแก้ไขเพิ่มเติม (9) PROVIDER

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | PROVIDER | {'HOSPCODE' : '11111', , ' PROVIDER' : '4444444444444444', 'EDITOR\_CID' :  
'22222222222222' } | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล PROVIDER จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ เลขที่ผู้ให้บริการ มาแก้ไขใน JSON นี้  
กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล PROVIDER จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ เลขที่ผู้ให้บริการ มาแก้ไขใน JSON นี้  
และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม PROVIDER

### การแก้ไขเพิ่มเติม (10) WOMEN

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | WOMEN | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'EDITOR\_CID' : '22222222222222' } |  
20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล WOMEN จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล มาแก้ไขใน JSON นี้  
กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล WOMEN จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล มาแก้ไขใน JSON นี้  
และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม WOMEN

### การแก้ไขเพิ่มเติม (11) DRUGALLERGY

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | DRUGALLERGY | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'DRUGALLERGY' :  
'33333333333333333333333333333333', 'EDITOR\_CID' : '22222222222222' } | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล DRUGALLERGY จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล รหัสยาที่มีประวัติ  
การแพ้ยา มาแก้ไขใน JSON นี้  
กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล DRUGALLERGY จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล รหัสยาที่มี  
ประวัติการแพ้ยา มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม DRUGALLERGY

### การแก้ไขเพิ่มเติม (12) FUNCTIONAL

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | FUNCTIONAL | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR\_CID' :  
'22222222222222' } | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล FUNCTIONAL จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับ  
บริการ มาแก้ไขใน JSON นี้  
กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล FUNCTIONAL จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มา  
รับบริการ มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม FUNCTIONAL

### การแก้ไขเพิ่มเติม (13) ICF

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

```
11111 | ICF | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR_CID' : '222222222222'} | 20160820200000
```

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล ICF จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล ICF จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม ICF

### การแก้ไขเพิ่มเติม (14) SERVICE

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

```
11111 | SERVICE | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR_CID' : '222222222222'} | 2016082000000
```

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล SERVICE จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล SERVICE จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม SERVICE

### การแก้ไขเพิ่มเติม (15) DIGANOSIS\_OPD

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

```
11111 | DIAGNOSIS_OPD | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR_CID' : '222222222222'} | 20160820200000
```

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล DIGANOSIS\_OPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล DIGANOSIS\_OPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม DIGANOSIS\_OPD

### การแก้ไขเพิ่มเติม (16) DRUG\_OPD

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

```
11111 | DRUG_OPD | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR_CID' : '222222222222'} | 20160820200000
```

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล DRUG\_OPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล DRUG\_OPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม DRUG\_OPD

### การแก้ไขเพิ่มเติม (17) PROCEDURE\_OPD

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | PROCEDURE\_OPD | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล PROCEDCODE จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล PROCEDCODE จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม PROCEDURE\_OPD

### การแก้ไขเพิ่มเติม (18) CHARGE\_OPD

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | CHARGE\_OPD | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล CHARGE\_OPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล CHARGE\_OPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม CHARGE\_OPD

### การแก้ไขเพิ่มเติม (19) SURVEILLANCE

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | SURVEILLANCE | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล SURVEILLANCE จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล SURVEILLANCE จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม SURVEILLANCE

### การแก้ไขเพิ่มเติม (20) ACCIDENT

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | ACCIDENT | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล ACCIDENT จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล ACCIDENT จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม ACCIDENT

## การแก้ไขเพิ่มเติม (21) LABFU

### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | LABFU | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR\_CID' :  
'222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล LABFU จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการ มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล LABFU จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับ บริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม LABFU

## การแก้ไขเพิ่มเติม (22) CHRONICFU

### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | CHRONICFU | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR\_CID' :  
'222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล CHRONICFU จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับ บริการมาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล CHRONICFU จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับ บริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม CHRONICFU

## การแก้ไขเพิ่มเติม (23) ADMISSION

### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | ADMISSION | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'AN' : '888888888', 'EDITOR\_CID' :  
'222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล ADMISSION จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล ADMISSION จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม ADMISSION

## การแก้ไขเพิ่มเติม (24) DIGANOSIS\_IPD

### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | DIAGNOSIS\_IPD | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'AN' : '888888888', 'EDITOR\_CID' :  
'222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล DIAGNOSIS\_IPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล DIAGNOSIS\_IPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม DIAGNOSIS\_IPD

### การแก้ไขเพิ่มเติม (25) DRUG\_IPD

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | DRUG\_IPD | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'AN' : '888888888', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล DRUG\_IPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล DRUG\_IPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม DRUG\_IPD

### การแก้ไขเพิ่มเติม (26) PROCEDURE\_IPD

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | PROCEDURE\_IPD | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'AN' : '888888888', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล PROCEDURE\_IPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล PROCEDURE\_IPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม PROCEDURE\_IPD

### การแก้ไขเพิ่มเติม (27) CHARGE\_IPD

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | CHARGE\_IPD | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'AN' : '888888888', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล CHARGE\_IPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล CHARGE\_IPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม CHARGE\_IPD

### การแก้ไขเพิ่มเติม (28) APPOINTMENT

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | APPOINTMENT | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล APPOINTMENT จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล APPOINTMENT จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม APPOINTMENT

### การแก้ไขเพิ่มเติม (29) DENTAL

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | DENTAL | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR\_CID' :  
'222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล DENTAL จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการ มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล DENTAL จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับ บริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม DENTAL

### การแก้ไขเพิ่มเติม (30) REHABILITATION

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | REHABILITATION | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'DATE\_SERV' : '20160101', 'EDITOR\_CID' :  
'222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล REHABILITATION จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ได้รับ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล REHABILITATION จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ได้รับ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม REHABILITATION

### การแก้ไขเพิ่มเติม (31) NCDSCREEN

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | NCDSCREEN | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'DATE\_SERV' : '20160101', 'EDITOR\_CID' :  
'222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล NCDSCREEN จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ตรวจ มาแก้ไข ใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล NCDSCREEN จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ตรวจ มา แก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม NCDSCREEN

### การแก้ไขเพิ่มเติม (32) FP

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | FP | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'DATE\_SERV' : '20160101', 'EDITOR\_CID' :  
'222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล FP จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ให้บริการ มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล FP จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ให้บริการ มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม FP

### การแก้ไขเพิ่มเติม (33) PRENATAL

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | PRENATAL | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'GRAVIDA' : '2', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล PRENATAL จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ครรภ์ที่ มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล PRENATAL จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ครรภ์ที่ มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม PRENATAL

### การแก้ไขเพิ่มเติม (34) ANC

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | ANC | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'DATE\_SERV' : '20160101', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล ANC จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ให้บริการ มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล ANC จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ให้บริการ มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม ANC

### การแก้ไขเพิ่มเติม (35) LABOR

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | LABOR | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'GRAVIDA' : '2', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล LABOR จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ครรภ์ที่ มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล LABOR จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ครรภ์ที่ มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม LABOR

### การแก้ไขเพิ่มเติม (36) POSTNATAL

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | POSTNATAL | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'GRAVIDA' : '2', 'PPCARE' : '20150901', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล POSTNATAL จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ครรภ์ที่ วันที่ดูแลแม่ มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล POSTNATAL จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ครรภ์ที่ วันที่ดูแลแม่ มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม POSTNATAL

### การแก้ไขเพิ่มเติม (37) NEWBORN

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

```
11111 | NEWBORN | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'EDITOR_CID' : '222222222222'} |  
20160820200000
```

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล NEWBORN จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล มาแก้ไขใน JSON นี้  
กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล NEWBORN จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล มาแก้ไขใน JSON นี้  
และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม NEWBORN

### การแก้ไขเพิ่มเติม (38) NEWBORNCARE

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

```
11111 | NEWBORNCARE | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'BCARE' : '20160901', 'EDITOR_CID' :  
'222222222222'} | 20160820200000
```

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล NEWBORNCARE จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ดูแลลูก มา  
แก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล NEWBORNCARE จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ดูแลลูก มา  
แก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม NEWBORNCARE

### การแก้ไขเพิ่มเติม (39) EPI

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

```
11111 | EPI | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'DATE_SERV' : '20160101', 'EDITOR_CID' :  
'222222222222'} | 20160820200000
```

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล EPI จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ให้บริการ มาแก้ไขใน JSON  
นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล EPI จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ให้บริการ มาแก้ไขใน  
JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม EPI

### การแก้ไขเพิ่มเติม (40) NUTRITION

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

```
11111 | NUTRITION | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'DATE_SERV' : '20160101', 'EDITOR_CID' :  
'222222222222'} | 20160820200000
```

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล NUTRITION จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ให้บริการ มาแก้ไข  
ใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล NUTRITION จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ให้บริการ มา  
แก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม NUTRITION



### การแก้ไขเพิ่มเติม (41) SPECIALPP

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | SPECIALPP | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'DATE\_SERV' : '20160101', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล SPECIALPP จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ให้บริการ มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล SPECIALPP จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่ให้บริการ มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม SPECIALPP

### การแก้ไขเพิ่มเติม (42) COMMUNITY\_ACTIVITY

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | COMMUNITY\_ACTIVITY | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'DATE\_START' : '20160101', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล COMMUNITY\_ACTIVITY จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่เริ่มจัดกิจกรรม มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล COMMUNITY\_ACTIVITY จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล วันที่เริ่มจัดกิจกรรม มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม COMMUNITY\_ACTIVITY

### การแก้ไขเพิ่มเติม (43) COMMUNITY\_SERVICE

#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | TABLENAME | DATA\_CORRECT | D\_UPDATE

11111 | COMMUNITY\_SERVICE | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'EDITOR\_CID' : '222222222222'} | 20160820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล COMMUNITY\_SERVICE จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการ มาแก้ไขใน JSON นี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล COMMUNITY\_SERVICE จะต้องส่งข้อมูลรหัสสถานบริการ ทะเบียนบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการ มาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม COMMUNITY\_SERVICE

### การแก้ไขเพิ่มเติม (52) POLICY


#### ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

HOSPCODE | POLICY\_ID | POLICY\_YEAR | POLICY\_DATA | D\_UPDATE

11111 | 001 | 2017 | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999', 'BDATE' : '20170701', 'HC' : 35.0} | 20170820200000

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล POLICY จะต้องส่งข้อมูลตามรูปแบบ JSON ที่กำหนดในแฟ้ม POLICY มาแก้ไขในแฟ้มนี้

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล POLICY จะต้องส่งข้อมูลตามรูปแบบ JSON ที่กำหนดในแฟ้ม POLICY มาแก้ไขในแฟ้มนี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม POLICY



ISBN : 978-616-11-3178-4

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข