

แบบบันทึกการปฏิบัติงานของ CG ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (care Plan)

ฉบับที่...../..... วันที่..... (ตามฉบับที่...../วคป. ของ care Plan สำหรับผู้สูงอายุนี้)

1.ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ.....เลขบัตรประชาชน.....อายุ.....เพศ.....

2.ชื่อญาติ/คนในครอบครัวที่ดูแล.....ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ.....

3.จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่.....โรคประจำตัว.....

4.เป้าหมายระยะสั้น (ระบุตาม care Plan)

4.1.....4.2.....

4.3.....4.4.....

4.5.....4.6.....

5.เป้าหมายระยะยาว (ระบุตาม care Plan)

5.1.....5.2.....

5.3.....5.4.....

5.5.....5.6.....

6.ความถี่ในการที่ CG ต้องดูแลตาม care Plan.....ครั้ง/เดือน (ตามการแบ่งกลุ่ม ADL)

| วคป/<br>เวลาที่เริ่มให้<br>และสิ้นสุด | กิจกรรมการดูแลและบรูรายระเอียดกิจกรรมที่<br>ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ | รวมเวลา<br>ทั้งหมด<br>(ชั่วโมง) | ผลการประเมิน/สังเกต<br>การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ | ลายมือชื่อผู้สูงอายุ<br>/ญาติที่รับบริการ |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|---|---|
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |

(ลงชื่อ).....CG

(.....)

ตำแหน่งผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แบบบันทึกการปฏิบัติงานของ CG ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (care Plan)

(ใบต่อ 2)

ฉบับที่...../..... วันที่.....(ตามฉบับที่...../วคป. ของ care Plan สำหรับผู้สูงอายุรายนี้)

1.ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ.....เลขบัตรประชาชน.....อายุ.....เพศ.....

| วคป/<br>เวลาที่เริ่มให้<br>และสิ้นสุด | กิจกรรมการดูแลระบุรายละเอียดกิจกรรมที่<br>ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ | รวมเวลา<br>ทั้งหมด<br>(ชั่วโมง) | ผลการประเมิน/สังเกต<br>การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ | ลายมือชื่อผู้สูงอายุ<br>/ญาติที่รับบริการ |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|---|---|
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |
|                                       |  |                                 |   |   |

(ลงชื่อ).....CG

(.....)

ตำแหน่งผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง