



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลบัวสลี

ที่ ขร ๗๗๓๐๑/ วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๙

เรื่อง รายงานผลการติดตามประเมินผลปฏิบัติงานอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (รอบ ๓ เดือน)

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบัวสลี

ตามบันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) เลขที่ ๑ / ๒๕๖๘ ลงวันที่ ๑๘ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ขึ้นระหว่าง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบัวสลี กับ นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น ซึ่งในบันทึกข้อตกลง นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น จะต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครบริบาลให้กับ องค์การบริหารส่วนตำบลบัวสลี เพื่อให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) แบบติดตามประเมินผลปฏิบัติงานแบบท้าย

บัดนี้ นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ได้ปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) ในรอบ ๓ เดือน (เดือนตุลาคม - เดือนธันวาคม ๒๕๖๘) เรียบร้อยแล้ว รายละเอียดปรากฏแนบท้าย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(ลงชื่อ)

(นางสาวฉัตรแก้ว พิมพ์วาปี)
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

ความเห็นหัวหน้าสำนักงานปลัด

- พิมพ์ปัทมา ภิธาม

(ลงชื่อ)

(นายสำเริง ชัยรัตน์)

หัวหน้าสำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบัวสลี

ความเห็นรองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบัวสลี

เพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)

(นางสาวรัชนิพรพรณ กัญธิยะ)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบัวสลี

ความเห็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบัวสลี

พร. ร. ร. ร. ร. ร.

(ลงชื่อ) จำเอก

(สุรชาติ แสงงาม)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบัวสลี

ความเห็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบัวสลี



ทราบ



ไม่ทราบ เพราะ

(ลงชื่อ)

ส. ร. ร. ร. ร.

(นายชาติ สุภารัตน์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบัวสลี

รายงานการปฏิบัติงานอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น

เดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๘

บัญชีลงเวลาการปฏิบัติงานของ CG

ตามโครงการค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาล พ.ศ. 2568

ชื่อ-สกุล(CG).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

องค์การบริหารส่วนตำบล..บัวสลี.....อำเภอ.....แม่ลาว....จังหวัด....เชียงราย.....

ประจำเดือน.....ตุลาคม.....

วัน เดือน ปี	สถานที่ปฏิบัติงาน	เวลามา	ลายมือชื่อ	เวลากลับ	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
1 ต.ค. 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2					
	บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1	07.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	16.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
2 ต.ค. 2568	บ้านเลขที่ 9859 หมู่ 2	07.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	16.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
3 ต.ค. 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2					
	บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1	07.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	16.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
6 ต.ค. 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2					
	บ้านเลขที่ 9859 หมู่ 2	07.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	16.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
7 ต.ค. 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2					
	บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1	07.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	16.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
8 ต.ค. 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2					
	บ้านเลขที่ 9859 หมู่ 2	07.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	16.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
9 ต.ค. 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2					
	บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1	07.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	16.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
10 ต.ค. 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2					
	บ้านเลขที่ 9859 หมู่ 2	07.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	16.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
13 ต.ค. 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2					
	บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1	07.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	16.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
14 ต.ค. 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2					
	บ้านเลขที่ 9859 หมู่ 2	07.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	16.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
15 ต.ค. 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2					
	บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1	07.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	16.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
16 ต.ค. 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2					
	บ้านเลขที่ 9859 หมู่ 2	07.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	16.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
17 ต.ค. 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2					
	บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1	07.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	16.30 น.	นางสาวปฐมาภรณ์	

รวมเวลาการปฏิบัติงาน.....๒.....วัน.....คิดเป็นเงิน.....5000.....บาท(.....พหุบาท.....)

ลงชื่อ.....
(นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น)

ตำแหน่ง ปลัด...../CM/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

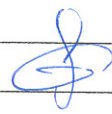
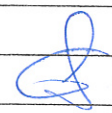
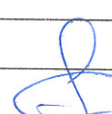
ตามโครงการค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาล พ.ศ. 2568

องค์การบริหารส่วนตำบล..บัวสลี.....อำเภอ...แม่อาย....จังหวัด...เชียงราย.....

[illegible]

ตำแหน่ง ปลัด...../CM/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)
 องค์การบริหารส่วนตำบล...บัวสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....
 ประจำเดือน...ตุลาคม...พ.ศ. 2568
 ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการ ปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
1 ต.ค. 2568	การประเมินผู้สูงอายุ นาย เจริญ จิตใจ T = 37 BP = 110/74 P = 70 O = 94%	07.30-08.00 น.	30 นาที	ปฐมภรณ์	
	น้ำหนัก 104 กก. น. 2.				
	- นอนหลับสบาย	08.00-10.00 น.	2 ชม.		
	- ทานอาหาร	10.00-11.30 น.	1 ชม. 30 น.		
	- เปลี่ยนผ้าอ้อม	11.30-12.00 น.	30 นาที		
	การประเมินผู้สูงอายุ นาง ดนัย สว่างใส T = 37 BP = 139/73 P = 94 O = 94%	13.00-13.30 น.	30 นาที	ปฐมภรณ์	
	น้ำหนัก 54 กก. น. 4.				
	- นอนหลับสบาย	13.30-15.30 น.	2 ชม.		
	- ตรวจสุขภาพช่องปาก	15.30-16.30 น.	1 ชม.		
2 ต.ค. 2568	การประเมินผู้สูงอายุ น. 5 กก. ดนัยแก้ว T = 36.9 BP = 112/76 P = 88 O = 95%	07.30-08.00	30 นาที	ปฐมภรณ์	
	น้ำหนัก 98 กก. น. 3				
	- ทำความสะอาดร่างกาย	08.00-10.00 น.	2 ชม.		
	- แปรงฟัน	10.00-10.30 น.	30 นาที		
	- ทานอาหาร	10.30-11.30 น.	1 ชม.		
	- ดูแลสุขภาพแอดไลน์	11.30-12.00 น.	30 นาที		
	ล้างมือ				

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
 (นางสาว ปฐมภรณ์ คำแก่น)

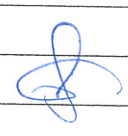
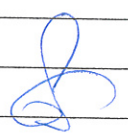
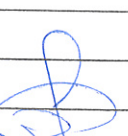
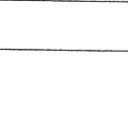
ตำแหน่งปลัด...CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...พฤษภาคม...พ.ศ. ๒๕๖๙

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
๙ ต.ค. ๒๕๖๘	หัดเดินบนกลาง	13.00 - 15.00 น.	๒ ชม.	ปฐมาภรณ์	
	หัดเดินบนกลาง	15.00 - 15.30 น.	30 นาที		
	ทำแบบฝึกหัด	15.30 - 16.00 น.	30 นาที		
	ทำแบบฝึกหัด	16.00 - 16.30 น.	30 นาที		
๖ ต.ค. ๒๕๖๙	การประเมินสัญญาณชีพ	07.30 - 08.00 น.	30 นาที	ปฐมาภรณ์	
	น้ำหนัก ๖๕.๕ กก. 118/76 P: 90 O=๑๕				
	น้ำหนักเฉลี่ย 104 กก. ๑				
	กายภาพ	08.00 - 10.00 น.	๒ ชม.		
	ทำแบบฝึกหัด	10.00 - 11.30 น.	1.30 ชั่วโมง	ปฐมาภรณ์	
	เปลี่ยนแผ่นผ้า	11.30 - 12.00 น.	30 นาที		
	การประเมินสัญญาณชีพ	13.00 - 13.30	30 นาที		
	นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น				
	T=36.5 BP=130/90 P=90 O=๑๕			ปฐมาภรณ์	
	น้ำหนักเฉลี่ย 54 กก. 4				
	หัดเดินบนกลาง	13.30 - 15.30 น.	๒ ชม.		
	หัดเดินบนกลาง	15.30 - 16.00 น.	30 นาที		
	ดูแลด้านสุขภาพ	16.00 - 16.30 น.	30 นาที		
	ทำแบบฝึกหัด				

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น)

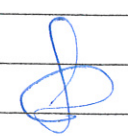
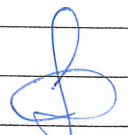
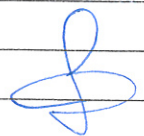
ตำแหน่งปลัด./CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...ตุลาคม...พ.ศ. 2568

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
6 ต.ค. 2568	การประเมินสภาวะผู้สูงอายุ นางเจริณ จรัสพันธ์ $T=34$ $BP=115/40$ $P=74$ $O=94\%$ บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2.	07.30 - 08.00 น.	30 นาที	ปฐมาภรณ์	
	ทักทายผู้ป่วย	08.00 - 09.30 น.	1.30 ชั่วโมง		
	นำอาหารมาให้	09.30 - 11.30 น.	2 ชม.		
	เปลี่ยนผ้าอ้อม	11.30 - 12.00 น.	30 นาที		
	การประเมินสภาวะผู้สูงอายุ น.ส. นก งามแก้ว $T=34.0$ $BP=110/41$ $P=74$ $O=94\%$ บ้านเลขที่ 9859 หมู่ 2	08.00 - 12.30 น.	30 นาที	ปฐมาภรณ์	
	นำอาหารมาให้	13.30 - 15.30 น.	2 ชม.		
	ตรวจวัดความดันโลหิต	15.30 - 16.00 น.	30 นาที		
	ดูแลทำความสะอาด ในห้องน้ำ	16.00 - 16.30 น.	30 นาที		
4 ต.ค. 2568	การประเมินสภาวะผู้สูงอายุ นางเจริณ จรัสพันธ์ $T=36.9$ $BP=118/40$ $P=74$ $O=95\%$ บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2.	07.30 - 08.00 น.	30 นาที	ปฐมาภรณ์	
	นำอาหารมาให้	08.00 - 10.00 น.	2 ชม.		
	ทักทาย	10.00 - 11.00 น.	1 ชม.		
	ตรวจวัดความดันโลหิต	11.00 - 11.30 น.	30 นาที		
	เปลี่ยนผ้าอ้อม	11.30 - 12.00 น.	30 นาที		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น)

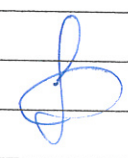
ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...กุมภาพันธ์.....พ.ศ. ๒๕๖๘.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	การประเมินสภาวะสุขภาพ นาง สุนันทา สีสอง ส้ม $T=34.8$ $BP=130/43$ $P=72$ $O=94\%$ น้ำหนัก ๕๔ กก. นม ๔ ถ่ายทางปัสสาวะ ตรวจสุขภาพปลายเคียว	13.00 - 13.30 น. 13.30 - 15.30 น. 15.30 - 16.30 น.	30 นาที 2 ชม. 1 ชม.	ปฐมภรณ์	
8 พ.ค. ๒๕๖๘	การประเมินสภาวะสุขภาพ นาง ใจใจ วัชรวิทย์ $T=36.8$ $BP=109/43$ $P=69$ $O=94\%$ น้ำหนัก ๑๐๔ กก. นม ๒. นวดผ่อนคลาย ตรวจสุขภาพปลายเคียว เปลี่ยนแผ่นม้วน	04.30 - 04.00 08.00 - 10.00 น. 10.00 - 11.30 น. 11.30 - 12.00 น.	30 นาที 2 ชม. 1.30 นาที 20 นาที		
	น.ส. นก ส้มแก้ว น้ำหนัก ๑๕๕ กก. นม ๑ ตรวจสุขภาพปลายเคียว ดูแลสภาวะแวดล้อมภายใน บ้าน	13.00 - 15.00 15.00 - 16.30 น.	2 ชม. 1.30 ชม.	ปฐมภรณ์	

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางศิริพร วัชรวิทย์)

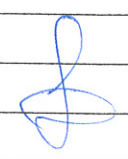
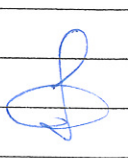
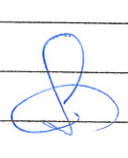
ตำแหน่งปลัด./CM..../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บัวสลี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...ตุลาคม...พ.ศ. 2568

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
9 ต.ค. 2568	การประเมินสภาวะสุขภาพ นาย เจริญ วรรณรัตน์ T=36.8 BP=103/65 P=68 O=95%	07.20-08.00 น.	30 นาที	ปฐมภรณ์	
	น้ำหนัก 104 กก. นม 2				
	ท่ายานน้ำกัด	08.00-10.00 น.	2 ชม.		
	หัดเดินฝึกสมอง	10.00-10.30 น.	30 นาที		
	ตรวจดูแผลกดทับ	10.30-11.30 น.	1 ชม.		
	เปลี่ยนผ้าอ้อม	11.30-12.00 น.	30 นาที		
	การประเมินสภาวะสุขภาพ นาง สุนันทา ศรีสิงห์	13.00-13.30 น.	30 นาที	ปฐมภรณ์	
	T=36.8 BP=120/40 P=80 O=94%				
	น้ำหนัก 54 กก. นม 4				
	หัดเดินฝึกสมอง	13.30-15.30 น.	2 ชม.		
	ดูแลแผลกดทับ	15.30-16.00 น.	30 นาที		
	ดูแลจิตสภาวะจิตใจ	16.00-16.30 น.	30 นาที		
10 ต.ค. 2568	การประเมินสภาวะสุขภาพ นาย เจริญ วรรณรัตน์ T=36.4 BP=119/62 P=70 O=94%	07.30-08.00 น.	30 นาที	ปฐมภรณ์	
	น้ำหนัก 104 กก. นม 2				
	หัดเดินฝึกสมอง	08.00-10.00 น.	2 ชม.		
	ตรวจดูแผลกดทับ	10.00-11.00 น.	1 ชม.		
	ท่ายานน้ำกัด	11.00-11.30 น.	30 นาที		
	เปลี่ยนผ้าอ้อม	11.30-12.00 น.	30 นาที		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น)

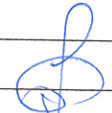
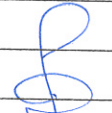
ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...ตุลาคม... พ.ศ. ๒๕๖๕

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	ขอเคล็ดเคล็ดใจ	13.00 - 15.00 น.	2 ชม.	นางสาวภรณ์	
	ขอ...ในก...ตามแก้ไข				
	น้ำดื่ม... 0.5 ลิตร นม 2			นางสาวภรณ์	
	ดูแลสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	15.00 - 16.30 น.	1.30 นาที		
13 ต.ค. ๒๕๖๕	การประเมินสภาพร่างกาย	09.30 - 09.00 น.	20 นาที	นางสาวภรณ์	
	นางสาว... อธิปไตย				
	T=36.9 BP=102/61 P=60 O=ปกติ				
	น้ำหนัก 102 กก. นม 2				
	กายภาพ	09.00 - 10.00 น.	2 ชม.	นางสาวภรณ์	
	น้ำหนัก 102 กก. คลาย	10.00 - 11.30 น.	1.30 นาที		
	เปลี่ยนแผ่นผ้า	11.30 - 12.00 น.	30 นาที		
	ประเมินสภาพร่างกาย	12.00 - 13.30 น.	20 นาที	นางสาวภรณ์	
	นางสาว... อธิปไตย				
	T=36.9 BP=134/84 P=65 O=ปกติ				
	น้ำหนัก 102 กก. นม 4				
	กายภาพ	13.30 - 15.30 น.	2 ชม.	นางสาวภรณ์	
	น้ำหนัก 102 กก. คลาย	15.30 - 16.30 น.	1 ชม.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาวภรณ์ อธิปไตย)

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บัวสลี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...ตุลาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๕.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
14 ต.ค 2565	ประเมินผู้สูงอายุขึ้น นาย เจริญ จรรย์รัตน์ T=36.8 BP=113/69 P=70 O=ปกติ น้ำหนัก 104 กก. น. 2. ขนาดของหลอดเลือด ภายนอก ภายใน น้ำหนักเฉลี่ย เปลี่ยนแผนเข็ม	07.30 - 08.00 น. 09.00 - 10.00 น. 10.00 - 11.00 น. 11.00 - 11.30 น. 11.30 - 12.00 น.	30 นาที 2 ชม. 1 ชม. 30 นาที 30 นาที	 ปฐมภรณ์	 S
	ตรวจวัดสายตา น. ศ. นก, สามีแก้ว น้ำหนัก 105 กก. น. 3 ดูแลรักษาแผลกดทับในขา	12.00 - 13.00 น. 13.00 - 14.00 น.	2 ชม. 1.30 นาที	 ปฐมภรณ์	 S
15 ต.ค 2565	ประเมินผู้สูงอายุขึ้น นาย เจริญ จรรย์รัตน์ T=36.9 BP=115/70 P=70 O=ปกติ น้ำหนัก 105 กก. น. 2. ขนาดของหลอดเลือด ภายใน-น้ำหนัก ตัดเล็บ เปลี่ยนแผนเข็ม	07.30 - 08.00 น. 08.00 - 10.00 น. 10.00 - 11.00 น. 11.00 - 11.30 น. 11.30 - 12.00 น.	30 นาที 2 ชม. 1 ชม. 30 นาที 30 นาที	 ปฐมภรณ์	 S

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(พาริษา วัชร)

ตำแหน่งปลัด.../CM..../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...ตุลาคม...พ.ศ. ๒๕๖๑.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	การประเมินผู้สูงอายุ นาง ด.ก. นก ส.สี... T=34 B=130/49 P=90 O=95% บ้านเลขที่ 54 หมู่ 1 วัด...	13.00 - 14.30 น.	20 นาที	ปฐมาภรณ์	[Signature]
	คัดเลือด	13.30 - 14.00 น.	30 นาที		
	หัดเดิน	14.00 - 15.00 น.	1 ชม.		
	ตรวจสุขภาพ	15.00 - 16.30 น.	1.30 นาที		
16 ต.ค ๒๕๖๑	การประเมินผู้สูงอายุ นางสาว ก.ก. นก ส.สี... T=34 B=112/41 P=40 O=94% บ้านเลขที่ 101 หมู่ 2 ทาง...	07.30 - 08.00 น.	30 นาที	ปฐมาภรณ์	[Signature]
	คัดเลือด	08.00 - 10.00 น.	2 ชม.		
	ดูแลจิตสภาวะ	10.00 - 11.30 น.	1.30 นาที		
	ฝึกเดิน	11.30 - 12.00 น.	30 นาที		
	ตรวจสุขภาพ	13.00 - 14.00 น.	2 ชม.	ปฐมาภรณ์	[Signature]
	น.ส. นก ส.สี...				
	บ้านเลขที่ 9859 หมู่ 2				
	ฝึกเดิน	15.00 - 16.30 น.	20 นาที		
	ดูแลจิตสภาวะ	16.30 - 17.30 น.	1 ชม.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาว ปฐมาภรณ์ คำแก่น)

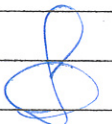
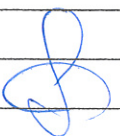
ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน.....พ.ค. ๒๕๖๑.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
14 ต.ค. ๒๕๖๑	การประเมินระดับความดันโลหิต	07.20-08.00น.	20 นาที	ปฐมาภรณ์	
	นางเจ๊จิก จิรพันธ์โสด				
	T=26.9 BP=115/40 P=70 O=95				
	น้ำหนักเฉลี่ย 104 กิโลกรัม				
	ขนาดช่องคอกลาง	08.00-10.00น.	2 ชม.		
	ตรวจช่องคอกลาง	10.00-11.00น.	1 ชม.		
	ฝึกสอนน้องหัดเดิน	11.00-11.30น.	30 นาที		
	เปลี่ยนแผ่นแผ่น	11.30-12.00น.	30 นาที		
	การประเมินระดับความดันโลหิต	12.00-12.30น.	20 นาที	ปฐมาภรณ์	
	นางสาวเจ๊จิก จิรพันธ์โสด				
	T=34 BP=115/40 P=70 O=95				
	น้ำหนักเฉลี่ย 54 กิโลกรัม				
	ขนาดช่องคอกลาง	12.30-15.30น.	2 ชม.		
	หัดเดินน้อง - กำเนิน	15.30-16.30น.	1 ชม.		
20 ต.ค. ๒๕๖๑	การประเมินระดับความดันโลหิต	07.20-08.00น.	20 นาที	ปฐมาภรณ์	
	นางสาวเจ๊จิก จิรพันธ์โสด				
	T=34 BP=102/53 P=75 O=95				
	น้ำหนักเฉลี่ย 42 กิโลกรัม				
	ขนาดช่องคอกลาง	08.00-10.00น.	2 ชม.		
	ทบทวน	10.00-11.30น.	1.30 ชั่วโมง		
	เปลี่ยนแผ่นแผ่น	11.30-12.00น.	30 นาที		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น)

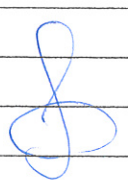
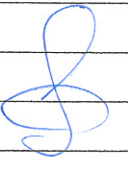
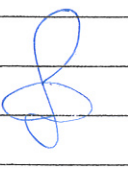
ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน.....ตุลาคม.....พ.ศ.....๒๕๖๕.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	ให้น้ำดื่มแก่ผู้สูงอายุ	12.00 - 13.30 น.	30 นาที	} ปฐมาภรณ์	
	อาบน้ำแก่ผู้สูงอายุ	13.30 - 14.00 น.	30 นาที		
	ตรวจเช็คสภาพเครื่องใช้	14.00 - 15.30 น.	1.30 นาที		
	ดูแลสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	15.30 - 16.30 น.	1 ชม.		
21 ต.ค ๒๕๖๕	การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	07.30 - 08.00 น.	30 นาที		
	น้ำหนัก 73.5 กก. 73.5 กก.				
	T=36.9 °C BP=110/69 mmHg P=91 bpm O2=95%				
	น้ำหนักเฉลี่ย 101 กก. 9.2				
	ให้น้ำดื่มแก่ผู้สูงอายุ	08.30 - 09.30 น.	30 นาที	} ปฐมาภรณ์	
	อาบน้ำแก่ผู้สูงอายุ	09.30 - 09.00 น.	30 นาที		
	ใส่ยา สดชื่น แก้อาการ	09.00 - 09.30 น.	30 นาที		
	นำอาหารมาให้ผู้สูงอายุ	09.30 - 11.30 น.	2 ชม.		
	เปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่	11.30 - 12.00 น.	30 นาที		
	ให้น้ำดื่มแก่ผู้สูงอายุ	13.00 - 13.30 น.	30 นาที	} ปฐมาภรณ์	
	อาบน้ำแก่ผู้สูงอายุ	13.30 - 14.00 น.	30 นาที		
	น้ำหนัก 73.5 กก. 73.5 กก.				
	น้ำหนักเฉลี่ย 101 กก. 9.2				
	ตรวจเช็คสภาพเครื่องใช้	14.00 - 15.30 น.	1.30 นาที		
	ดูแลสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	15.30 - 16.30 น.	1 ชม.		

(ลงชื่อ)..........ผู้รับรอง
(นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น)

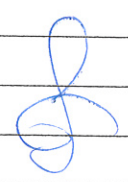
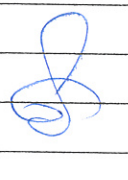
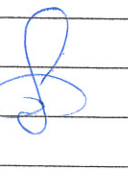
ตำแหน่งปลัด.../CM..../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...ตุลาคม...พ.ศ. ๒๕๖๕.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการ ปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
๒๒ ต.ค. ๒๕๖๕	การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นางเกษรา ไชยสิทธิ์ $T=36.9$ $BP=114/59$ $P=70$ $O=95\%$ น้ำหนัก ๕๕ กิโลกรัม 1 ชนิดของโรคเบาหวาน	๐๙.๓๐-๐๙.๐๐น.	๒๐ นาที	นางสาวภรณ์	
	ภาวะสุขภาพ	๐๙.๐๐-๑๐.๐๐น.	๑ ชม.		
	การอาบน้ำ	๑๐.๐๐-๑๑.๓๐น.	๑.๓๐ นาที		
	เปลี่ยนผ้าอ้อม	๑๑.๓๐-๑๒.๐๐น.	๒๐ นาที		
	การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นางสาวจันทร์ สวัสดิ์งาม $T=36.9$ $BP=119/70$ $P=72$ $O=95\%$ น้ำหนัก ๕๕ กิโลกรัม 1 ชนิดของโรคเบาหวาน	๑๓.๐๐-๑๓.๓๐น.	๒๐ นาที	นางสาวภรณ์	
	ภาวะสุขภาพ	๑๓.๓๐-๑๕.๐๐น.	๑.๓๐ นาที		
	ตรวจวัดความดันโลหิต	๑๕.๐๐-๑๖.๐๐น.	๑ ชม.		
	ดูแลสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	๑๖.๐๐-๑๖.๓๐น.	๒๐ นาที		
๒๕ ต.ค. ๒๕๖๕	การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นางสาวจันทร์ สวัสดิ์งาม $T=36.9$ $BP=104/68$ $P=64$ $O=95\%$ น้ำหนัก ๑๐๔ กิโลกรัม ๑ ชนิดของโรคเบาหวาน	๐๙.๓๐-๐๙.๐๐น.	๒๐ นาที	นางสาวภรณ์	
	ภาวะสุขภาพ	๐๙.๐๐-๑๐.๐๐น.	๑ ชม.		
	ดูแลสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	๑๐.๐๐-๑๑.๓๐น.	๑.๓๐ นาที		
	เปลี่ยนผ้าอ้อม	๑๑.๓๐-๑๒.๐๐น.	๒๐ นาที		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาวจันทร์ สวัสดิ์งาม)

ตำแหน่งปลัด./CM./เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปัทมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการ ปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	ตรวจคัดกรองผู้ป่วย ณ ห้องผู้ป่วย ผ่านเตียงที่ ๑๕๙ นม ๓	13.00 - 15.00น.	๔ ชม.	นางสาวกมลทิพย์	
	ดูแลสถานแวดล้อมภายในบ้าน	15.00 - 16.30น.	1.30 นาที		
๒๓ ต.ค. ๒๕๖๘	การประเมินศักยภาพทีม นางเกษรา ไชยเลิศ $T=26.8$ BP=114/52 P=83 O=9%	07.30 - 08.00น.	30 นาที	นางสาวกมลทิพย์	
	ผ่านเตียงที่ ๑๕๙ นม 1				
	นำคนไข้มาพบแพทย์	08.00-10.00น.	2 ชม.		
	กำหนดแผนการส่งต่อ	10.00-11.00น.	1 ชม.		
	นัดหมายผู้ป่วยส่งต่อ	11.00-11.30น.	30 นาที		
	เปลี่ยนแผนการรักษา	11.30-12.00น.	30 นาที		
	การประเมินศักยภาพทีม นางสุวิมล สวัสดิ์ทอง $T=26.9$ BP=114/52 P=70 O=9%	12.00-13.30น.	30 นาที	นางสาวกมลทิพย์	
	ผ่านเตียงที่ ๕๓ นม ๓				
	กายภาพบำบัด	13.30-15.00น.	1.30 นาที		
	ตรวจคัดกรองผู้ป่วย	15.00-16.00น.	1 ชม.		
	ดูแลผู้ป่วยในpatient	16.00-16.30น.	30 นาที		

(ลงชื่อ)..... ผู้รับรอง

(analogous to)

ตำแหน่งปลัด.../CM.... /เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน.....ตุลาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๕.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
๒๙ ต.ค. ๒๕๖๕	การประเมินสัญญาณชีพ นางเจียรนัย จักรพันธ์ T=๓๖.๑ BP 110/๗1 P=๙0 O=๑๕/๑	๐๙.๓๐ - ๐๘.๐๐น.	๓๐ นาที	ปฐมาภรณ์	[Signature]
	น้ำหนัก ๕๕ กิโลกรัม ๒				
	กายภาพ	๐๘.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.	๒ ชม.		
	ตรวจคัดกรองตา	๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.	๑ ชม.		
	น้ำหนัก ๕๕ กิโลกรัม	๑๑.๐๐ - ๑๑.๓๐ น.	๓๐ นาที	ปฐมาภรณ์	[Signature]
	เปลี่ยนแผ่นผ้าปิด	๑๑.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.	๓๐ นาที		
	การประเมินสัญญาณชีพ นางเจียรนัย จักรพันธ์ T=๓๖.๕ BP 130/๘๕ P=๙๕ O=๑๖/๑	๑๒.๐๐ - ๑๓.๓๐ น.	๓๐ นาที		
	น้ำหนัก ๕๕ กิโลกรัม ๑				
	ตรวจคัดกรองตา	๑๓.๓๐ - ๑๕.๓๐ น.	๒ ชม.	ปฐมาภรณ์	[Signature]
	น้ำหนัก ๕๕ กิโลกรัม	๑๕.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.	๓๐ นาที		
	ดูแลจัดการงานเอกสาร	๑๖.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.	๓๐ นาที		
	การประเมินสัญญาณชีพ นางเจียรนัย จักรพันธ์ T=๓๖.๕ BP 119/๕1 P=๙1 O=๑๖/๑	๐๙.๓๐ - ๐๘.๐๐ น.	๓๐ นาที	ปฐมาภรณ์	[Signature]
	น้ำหนัก ๕๕ กิโลกรัม ๑				
	ตรวจคัดกรองตา	๐๘.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.	๒ ชม.		
	กายภาพ	๑๐.๐๐ - ๑๑.๓๐ น.	๑.๓๐ ชม.		
	เปลี่ยนแผ่นผ้าปิด	๑๑.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.	๓๐ นาที		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น)

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

[illegible]

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(พาริณิศา ธรรม)
ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย.....

รายงานการปฏิบัติงานอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น

เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๘

บัญชีลงเวลาการปฏิบัติงานของ CG

ตามโครงการค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาล พ.ศ. 2568

ชื่อ-สกุล(CG).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

องค์การบริหารส่วนตำบล.บัวสลี.....อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน.....พฤศจิกายน.....

วัน เดือน ปี	สถานที่ปฏิบัติงาน	เวลามา	ลายมือชื่อ	เวลากลับ	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
2 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2 บ้านเลขที่ 9859 หมู่ 3	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
4 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1 บ้านเลขที่ 82 หมู่ 2	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
5 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2 บ้านเลขที่ 9859 หมู่ 3	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
6 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1 บ้านเลขที่ 82 หมู่ 1	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
7 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2 บ้านเลขที่ 82 หมู่ 1	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
10 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 82 หมู่ 1 บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
11 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2 บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
12 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 82 หมู่ 1	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
13 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2 บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
14 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 82 หมู่ 1	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
17 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2 บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
18 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 82 หมู่ 1	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
19 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 104 หมู่ 2 บ้านเลขที่ 51 หมู่ 1	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
20 พ.ย 2568	บ้านเลขที่ 82 หมู่ 1	07.20 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	

รวมเวลาการปฏิบัติงาน.....10.....วัน.....คิดเป็นเงิน.....5000.....บาท(.....ห้าพันบาทถ้วน.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง ปลัด...../CM/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ตามโครงการค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาล พ.ศ. 2568

องค์การบริหารส่วนตำบล..บ้านสี.....อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน.....พฤศจิกายน

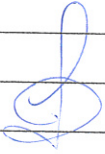
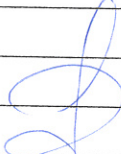
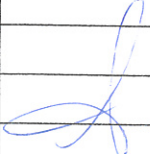
รวมเวลาการปฏิบัติงาน 20 วัน คิดเป็นเงิน 5000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....

(myself and also)

ตำแหน่ง ปลัด...../CM/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
3 พ.ย 2568	การประเมินสิ่งแวดล้อม ทางเคมี ชีววิทยา T=36.9 BP=101/74 P=83 O=95/ น้ำหนักตัว 104 นม 2	07.30-08.00น.	30 นาที	นัฐพรณ์	
	หูดผื่นคอ	08.00 - 10.00 น.	2 ชม.		
	ภาพเอกซเรย์	10.00 - 11.00 น.	1 ชม.		
	หูดผื่นอก	11.00 - 11.20 น.	20 นาที		
	หูดผื่นแขนขา	11.20 - 12.00 น.	20 นาที		
	น้ำหนัก สวมเสื้อ			นัฐพรณ์	
	น้ำหนักตัว 95.9 นม 2				
	ตรวจคอ ตา หู จมูก	12.00 - 15.00 น.	2 ชม.		
	ดูแลผู้ป่วยโรคไต	15.00 - 16.30 น.	1 ชม. 30 น.		
4 พ.ย 2568	การประเมินสิ่งแวดล้อม ทางสังคม สรีรวิทยา T=37 BP=123/82 P=79 O=98/ น้ำหนักตัว 51 นม 4	07.30-08.00น.	30 น.	นัฐพรณ์	
	หูดผื่นคอ	08.00 - 10.00 น.	2 ชม.		
	หูดผื่นอก	10.00 - 10.30 น.	30 น.		
	หูดผื่นอก	10.30 - 11.00 น.	30 น.		
	ดูแลผู้ป่วยโรคไต	11.00 - 12.00 น.	1 ชม.		

(ansel gonzalez 2650)

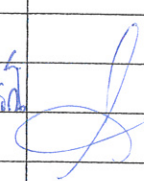
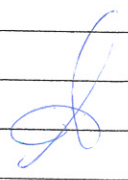
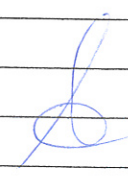
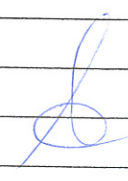
ตำแหน่งปลัด.../CM...../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...พฤศจิกายน...พ.ศ. ๒๕๖๑.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการ ปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาท)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	การประเมินสภาพผู้สูงอายุ นางสาว... บ้านสี... T= 36.5 BP=108/56 P= 46 O= 98%	12.00 - 12.30 น.	30 น.	ปฐมาภรณ์	
	น้ำหนัก 50 กก. นม 1				
	ตรวจฟันและช่องปาก	12.30 - 13.00 น.	30 น.		
	น้ำหนัก - ทำแผนฝึกกล้ามเนื้อ	13.00 - 14.00 น.	1 ชม.		
5 พ.ย. ๒๕๖๑	การประเมินสภาพผู้สูงอายุ นางสาว... บ้านสี... T= 36.8 BP=121/62 P= 40 O= 95%	07.30 - 08.00 น.	30 น.	ปฐมาภรณ์	
	น้ำหนัก 50 กก. นม 2				
	ตรวจฟันและช่องปาก	08.00 - 10.00 น.	2 ชม.		
	น้ำหนัก - ทำแผนฝึกกล้ามเนื้อ	10.00 - 10.30 น.	30 น.		
	ตรวจฟันและช่องปาก	10.30 - 11.30 น.	1 ชม.	ปฐมาภรณ์	
	น้ำหนัก - ทำแผนฝึกกล้ามเนื้อ	11.30 - 12.00 น.	30 น.		
	น.ส. นก สามแก้ว				
	น้ำหนัก 48 กก. นม 3				
	ตรวจฟันและช่องปาก	12.00 - 13.00 น.	1 ชม.	ปฐมาภรณ์	
	ตรวจฟันและช่องปาก	13.00 - 16.30 น.	1 ชม. 30 น.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่งปลัด.../CM..../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...พฤศจิกายน...พ.ศ. ๒๕๖๘

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาท)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
๖ พ.ย ๒๕๖๘	การประเมินสภาวะสุขภาพ นางสาว... สีสัน...	๐๙.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.	๓๐ น.	นางสาวปฐมภรณ์	
	T= ๓๖.๙ BP= 121/๙๙ P= ๙๖				
	น้ำหนัก ๕๕ กก. น. ๕				
	ตรวจร่างกาย	๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.	๑ ชม.		
	การอาบน้ำเช็ดแห้ง	๑๐.๐๐ - ๑๑.๓๐ น.	๑ ชม. ๓๐ น.	นางสาวปฐมภรณ์	
	ตรวจร่างกาย	๑๑.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.	๓๐ น.		
	การประเมินสภาวะสุขภาพ นางสาว... ไชยสิทธิ์	๑๒.๐๐ - ๑๒.๓๐ น.	๓๐ น.		
	T= ๓๖.๙ BP= 119/๘๙ P= ๙1 O= ๙6				
	น้ำหนัก ๘๒ กก. น. 1			นางสาวปฐมภรณ์	
	ตรวจร่างกาย	๑๒.๓๐ - ๑๕.๐๐ น.	๑ ชม. ๓๐ น.		
	ตรวจร่างกาย	๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.	๑ ชม.		
	ดูแลสภาวะทางจิตสังคม	๑๖.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.	๓๐ น.		
๗ พ.ย. ๒๕๖๘	การประเมินสภาวะสุขภาพ นางสาว... สิริวิรัตน์	๐๙.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.	๓๐ น.	นางสาวปฐมภรณ์	
	T= ๓๖.๙ BP= 116/88 P= 64 O= 98				
	น้ำหนัก 101 กก. น. 2				
	ตรวจร่างกาย	๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.	๑ ชม.		
	ดูแลสภาวะทางจิตสังคม	๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.	๑ ชม.	นางสาวปฐมภรณ์	
	ตรวจร่างกาย	๑๑.๐๐ - ๑๑.๓๐ น.	๓๐ น.		
	เปลี่ยนผ้าอ้อม	๑๑.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.	๓๐ น.		
	การประเมินสภาวะสุขภาพ				

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาวปฐมภรณ์)

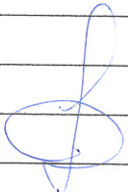
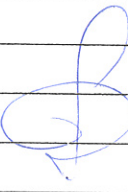
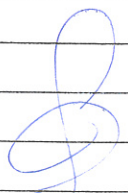
ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...พฤศจิกายน...พ.ศ. 2569.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	การประเมินสัญญาณชีพ นางเกษร ไชยเลิศ T=36.5 BP=105/55 P=68 O=96%	13.00-18.30 น.	20 น.	ปฐมาภรณ์	
	น้ำหนักตัว 82 กก. น. 1				
	ขนาดช่องอกอก	12.30-15.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย	15.00-16.00 น.	1 ชม.		
	แต่งตัว	16.00-16.30 น.	20 น.		
10 พ.ย 2569	การประเมินสัญญาณชีพ นางเกษร ไชยเลิศ T=36.6 BP=105/55 P=68 O=96%	08.30-09.00 น.	20 น.	ปฐมาภรณ์	
	น้ำหนักตัว 82 กก. น. 1				
	ขนาดช่องอกอก	09.00-10.00 น.	2 ชม.		
	อาบน้ำ	10.00-11.30 น.	1 ชม. 30 น.		
	เปลี่ยนแผ่นผ้า	11.30-12.00 น.	20 น.		
	การประเมินสัญญาณชีพ นาง สันนิก สดิลสงคราม T=36.5 BP=104/68 P=68 O=94%	13.00-13.30 น.	20 น.	ปฐมาภรณ์	
	น้ำหนักตัว 82 กก. น. 1				
	ขนาดช่องอกอก	13.30-15.30 น.	2 ชม.		
	ทำความสะอาดร่างกาย	15.30-16.00 น.	30 น.		
	ดูแลให้อาหารและน้ำดื่ม	16.00-16.30 น.	20 น.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...พฤศจิกายน...พ.ศ. 2568

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาท)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
11 พ.ย. 2568	การประเมินผู้สูงอายุ นาย เจริญ ใจเย็น T=26.9 BP=110/69 P=70 O=95% น้ำหนัก 104 กก. น. 2	09.30-09.00น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	ตรวจร่างกาย	09.00-09.30น.	1 ชม. 30 น.		
	การอาบน้ำ	09.30-11.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	ตรวจร่างกาย	11.00-11.30 น.	30 น.		
	เปลี่ยนผ้าอ้อม	11.30-12.00 น.	30 น.		
	การประเมินผู้สูงอายุ นาง สิริลักษณ์ สิริลักษณ์ T=26.8 BP=110/69 P=79 O=95% น้ำหนัก 54 กก. น. 4	12.00-12.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	ตรวจร่างกาย	12.30-15.30 น.	2 ชม.		
	ตรวจร่างกาย	15.30-16.00 น.	30 น.		
	ดูแลรักษาแผล	16.00-16.30 น.	30 น.		
12 พ.ย. 2568	การประเมินผู้สูงอายุ นาง เกษร ใจเย็น T= 26.8 BP=109/58 P=75 O=96% น้ำหนัก 60 กก. น. 2	09.30-09.00น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	ตรวจร่างกาย	09.00-10.00 น.	2 ชม.		
	การอาบน้ำ	10.00-11.30 น.	1 ชม. 30 น.		
	เปลี่ยนผ้าอ้อม	11.30-12.00 น.	30 น.		
	น้ำหนัก 60 กก. น. 2	12.00-14.00 น.	1 ชม.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(นางสาว ปฐมภรณ์ คำแก่น)

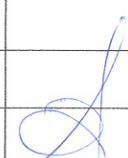
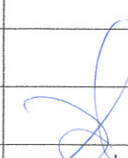
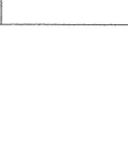
ตำแหน่งปลัด.../CM..../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

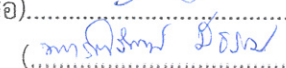
องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...พฤศจิกายน...พ.ศ. ๒๕๖๘

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	ตรวจดูแลสภาพเครื่อง	14.00 - 15.00 น.	1 ชม.	ปฐมาภรณ์	
	ทำอาหารและอาบน้ำ	15.00 - 16.00 น.	1 ชม.		
	นวดตัว	16.00 - 16.20 น.	20 น.		
12 พ.ย. 2568	การประเมินสัญญาณชีพ	07.20 - 08.00 น.	20 น.	ปฐมาภรณ์	
	นายเจริญ จรรย์โกมล				
	T: 36.5 BP: 110/68 P: 70 O: 94%				
	น้ำหนัก 104 กก. น. 2			ปฐมาภรณ์	
	กดตา	08.00 - 10.00 น.	2 ชม.		
	น้ำหนัก 110 กก. น. 3	10.00 - 10.20 น.	20 น.		
	ตรวจดูแลสภาพเครื่อง	10.20 - 11.20 น.	1 ชม.	ปฐมาภรณ์	
	เปลี่ยนแผ่นผ้า	11.20 - 12.00 น.	20 น.		
	การประเมินสัญญาณชีพ	12.00 - 12.20 น.	20 น.	ปฐมาภรณ์	
	นาง สันนิตา จรรย์โกมล				
	T: 36.5 BP: 117/70 P: 60 O: 96%				
	น้ำหนัก 54 กก. น. 4			ปฐมาภรณ์	
	นวดผ่อนคลาย	12.20 - 15.00 น.	1 ชม. 20 น.		
	ตรวจดูแลสภาพเครื่อง	15.00 - 16.00 น.	1 ชม.		
	น้ำหนัก 110 กก. น. 5	16.00 - 16.20 น.	20 น.	ปฐมาภรณ์	
14 พ.ย. 2568	การประเมินสัญญาณชีพ	07.20 - 08.00 น.	20 น.	ปฐมาภรณ์	
	นาง เกษรา ใจดี				
	T: 36.8 BP: 115/69 P: 70 O: 96%				
	น้ำหนัก 82 กก. น. 1			ปฐมาภรณ์	

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

()

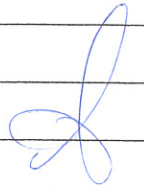
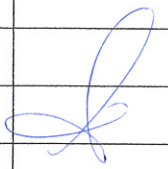
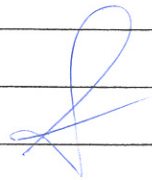
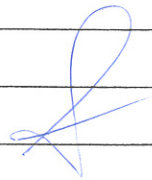
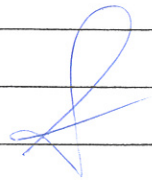
ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...พฤศจิกายน...พ.ศ. 2568

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	หมวด ๑ คนกลาง	08.00 - 10.00 น.	2 ชม.	น.ส. ภาณุ	
	กายภาพ	10.00 - 11.30 น.	1 ชม. 30 น.		
	เปลี่ยนผ้าอ้อม	11.30 - 12.00 น.	30 น.		
	ล้างมือ - กำมือให้สะอาด	12.00 - 14.00 น.	1 ชม.		
	ตรวจสุขภาพคนไข้	14.00 - 15.00 น.	1 ชม.		
	ทำอาหารและอาหารว่าง	15.00 - 16.00 น.	1 ชม.		
	แต่งตัว	16.00 - 16.30 น.	30 น.		
14 พ.ย. 2568	การประเมินสุขภาพคนไข้	07.30 - 08.00 น.	30 น.	น.ส. ภาณุ	
	นางเจ๊จัน, วรรณรัตน์				
	T= 36.9 BP= 115/65 P= 72 O2= 95%				
	น้ำหนัก 51 กก. น. 2				
	หมวด ๑ คนกลาง	08.00 - 10.00 น.	2 ชม.		
	กำมือให้สะอาด	10.00 - 10.30 น.	30 น.	น.ส. ภาณุ	
	ตรวจสุขภาพคนไข้	10.30 - 11.30 น.	30 น.		
	เปลี่ยนผ้าอ้อม	11.30 - 12.00 น.	30 น.		
	การประเมินสุขภาพคนไข้	12.00 - 12.30 น.	30 น.	น.ส. ภาณุ	
	นาง สันต์ สันติวงษ์				
	T= 36.9 BP= 120/70 P= 70 O2= 96%				
	น้ำหนัก 51 กก. น. 4				
	หมวด ๑ คนกลาง	12.30 - 15.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	ตรวจสุขภาพคนไข้	15.00 - 16.00 น.	1 ชม.	น.ส. ภาณุ	
	กำมือให้สะอาด	16.00 - 16.30 น.	30 น.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาว ปฐมาภรณ์ คำแก่น)

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)		
14 พ.ย. 2568	การประเมินสัญญาณชีพ นาง เกษร ไชยเลิศ T 36.8 BP= 113/59 P= 70 O= 0	07.30 - 08.00 น.	20 น.				
	น้ำหนักตัว 82 กก. 1						
	ขนาดช่องกลาง	09.00 - 10.00 น.	2 ชม.			นางสาวกรรณิ	
	หัตถ์เลขปีกสทอง	10.00 - 10.30 น.	30 น.				
	กำแนปีกสทอง	10.30 - 11.30 น.	1 ชม.				
	เปลี่ยนนมเหน็บ	11.30 - 12.00 น.	30 น.				
	ศัลยกรรม	13.00 - 13.30 น.	30 น.	นางสาวกรรณิ			
	ตรวจดูแผลผ่าตัด	13.30 - 14.30 น.	1 ชม.				
	ทำกายภาพบำบัดข้างขวา	14.30 - 16.00 น.	1 ชม. 30 น.				
	แต่งตัว	16.00 - 16.30 น.	30 น.				
15 พ.ย. 2568	การประเมินสัญญาณชีพ นาย เจริญ วรรณวิทย์ T 36.5 BP 134/74 P= 82 O= 0	07.30 - 08.00 น.	20 น.				
	น้ำหนักตัว 102 กก. 2						
	ขนาดช่องกลาง	08.00 - 10.00 น.	2 ชม.			นางสาวกรรณิ	
	กำแนปีกสทอง	10.00 - 10.30 น.	30 น.				
	กายภาพบำบัดขาซ้าย	10.30 - 11.00 น.	30 น.				
	ศัลยกรรม	11.00 - 11.30 น.	30 น.				
	เปลี่ยนนมเหน็บ	11.30 - 12.00 น.	30 น.				

ตำแหน่งปลัด.../CM...../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...พฤศจิกายน...พ.ศ. 2569

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	การประเมินสัญญาณชีพ	13.00-13.30 น.	20 น.	ปฐมภรณ์	[Signature]
	นางสาวหิรัญ สว่างแสง				
	T=36.0 BP=125/72 P=70 O=96%				
	น้ำหนักตัว 54 กก. 1				
	กายภาพ	13.30 - 15.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	หัดเดินฝึกทรงตัว	15.00 - 16.30 น.	30 น.		
	ตรวจคนดูแลรายเคส	15.30 - 16.30 น.	1 ชม.		
20 พ.ย 2568	การประเมินสัญญาณชีพ	07.30 - 08.00 น.	20 น.	ปฐมภรณ์	[Signature]
	นาง เกษร ไชยเลิศ				
	T=36.0 BP=93/51 P=64 O=98%				
	น้ำหนักตัว 82 กก. 1				
	กายภาพ	08.00 - 10.00 น.	2 ชม.		
	ตรวจคนดูแลรายเคส	10.00 - 11.30 น.	1 ชม. 30 น.		
	เปลี่ยนแผ่นแผ่น	11.30 - 12.00 น.	30 น.		
	น้ำหนัก 60 กก. ราย	13.00 - 15.00 น.	2 ชม.	ปฐมภรณ์	[Signature]
	ทำกายภาพบำบัดร่างกาย	15.00 - 16.00 น.	1 ชม.		
	ใส่ถุงเท้า	16.00 - 16.30 น.	30 น.		
21 พ.ย 2568	การประเมินสัญญาณชีพ	07.30 - 08.00 น.	20 น.	ปฐมภรณ์	[Signature]
	นาย เจริญ วรรัตนวิเศษ				
	T=36.9 BP=134/98 T=96 O=98%				
	น้ำหนักตัว 105 กก. 2				
	ทำกายภาพบำบัดร่างกาย	08.00 - 09.00 น.	1 ชม.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาวปฐมภรณ์ สว่างแสง)

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...พฤศจิกายน...พ.ศ. 2564.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	ทำแผลเบื้องต้น	09.00 - 09.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	แต่งตัว	09.30 - 10.00 น.	30 น.		
	ตรวจดูแผลกดทับ	10.00 - 11.30 น.	1 ชม. 30 น.		
	เปลี่ยนผ้าอ้อม	11.30 - 12.00 น.	30 น.		
	การประเมินสัญญาณชีพ	13.00 - 13.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	นาง จันทร์ สีสองคำ				
	T=35.9 BP 114/62 R=20 O=90%				
	น้ำหนัก 54 กก. 4				
	ตรวจดูแผลกดทับ	13.30 - 15.00 น.	1 ชม. 30 น.	ปฐมภรณ์	
	ใส่เสื้อ	15.00 - 15.30 น.	30 น.		
	ตรวจดูแผลกดทับ	15.30 - 16.30 น.	1 ชม.		
25 พ.ย. 2564	การประเมินสัญญาณชีพ	07.30 - 08.00 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	นาง จันทร์ คำแก่น				
	T=37.0 BP=130/99 P=84 O=81%				
	น้ำหนัก 54 กก. 2				
	ทำแผลตามแผลอย่างทั่ว	08.00 - 09.30 น.	1 ชม. 30 น.	ปฐมภรณ์	
	ทำแผลเบื้องต้น	09.30 - 10.00 น.	30 น.		
	แต่งตัว	10.00 - 10.30 น.	30 น.		
	ตรวจดูแผลกดทับ	10.30 - 12.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	การประเมินสัญญาณชีพ	13.00 - 13.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	นาง เกษรา ใจดี				
	T=36.5 BP 105/55 P=45 O=98%				
	น้ำหนัก 54 กก. 1				

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่งปลัด.../CM..../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...พฤศจิกายน...พ.ศ. ๒๕๖๑

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	อาบน้ำ	13.30 - 15.00 น.	1 ชม. 30 น.	ปฐมภรณ์	
	ทำความสะอาดร่างกาย	15.00 - 16.00 น.	1 ชม.		
	แต่งตัว	16.00 - 16.30 น.	30 น.		
21 พ.ย ๒๕๖๑	การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	07.30 - 08.00 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	นาย จันทน์ คำแก่น				
	T = 35.8 BP = 126/74 B80 0-90%				
	น้ำหนักที่ 59 กิโลกรัม				
	ทำแผลเบื้องต้น	08.00 - 08.30 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย	08.30 - 09.00 น.	30 น.		
	แต่งตัว	09.00 - 09.30 น.	30 น.		
	เปลี่ยนผ้าปูเตียง จัดเตียง	09.30 - 11.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	เวดสีบนภายในบ้าน				
	ตรวจสุขภาพเบื้องต้น	11.00 - 12.00 น.	1 ชม.		
	การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	13.00 - 13.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	นางอ้นนาง สีสิงห์				
	T = 36.5 BP = 130/90 P. 99 0 = 48%				
	น้ำหนักที่ 52 กิโลกรัม				
	ตรวจสุขภาพเบื้องต้น	13.30 - 15.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	ตรวจสุขภาพเบื้องต้น	15.00 - 16.00 น.	1 ชม.		
	จัดเตียงและเวดสีบนภายในบ้าน	16.00 - 16.30 น.	30 น.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

()

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...พฤศจิกายน...พ.ศ. 2568

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
25 พ.ย. 2568	การประเมินสภาวะสุขภาพ	07.30 - 08.00 น.	30 น.	ปฐมาภรณ์	
	หาพ.ฉันทน์ คำแก่น				
	T 26.0 BP 126/84 P 84 0 85%				
	น้ำหนักเฉลี่ย 59 กก. 2				
	ทำแผลบริเวณข้อเท้า	08.00 - 08.30 น.	30 น.		
	ทำควมสะอาดร่างกาย	08.30 - 09.00 น.	30 น.		
	แต่งตัว	09.00 - 09.30 น.	30 น.	ปฐมาภรณ์	
	จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	09.30 - 11.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	ฝึกทักษะการเดินด้วยรถเข็น	11.00 - 12.00 น.	1 ชม.		
	การประเมินสภาวะสุขภาพ	13.00 - 13.30 น.	30 น.		
	หาพ.ฉันทน์ ใจดี				
	T-35.9 BP 118/54 P-58 0-100%			ปฐมาภรณ์	
	น้ำหนักเฉลี่ย 62 กก. 1				
	หาพ.ฉันทน์ กลาง	13.30 - 15.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	ทำควมสะอาดร่างกาย	15.00 - 16.00 น.	1 ชม.		
	แต่งตัว	16.00 - 16.30 น.	30 น.		
26 พ.ย. 2568	การประเมินสภาวะสุขภาพ	07.30 - 08.00 น.	30 น.	ปฐมาภรณ์	
	หาพ.ฉันทน์ คำแก่น				
	T = 36.2 BP = 152/95 P 98 0 = 94%				
	น้ำหนักเฉลี่ย 59 กก. 2				
	ทำแผลบริเวณข้อเท้า	08.00 - 08.30 น.	30 น.		
	ทำควมสะอาดร่างกายแต่งตัว	08.30 - 09.30 น.	1 ชม.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น)

ตำแหน่งปลัด./CM.....เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...พฤศจิกายน...พ.ศ. 2568.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที่)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	เปลี่ยนผ้าอ้อมให้ผู้ป่วย, จัดสภาพแวดล้อม นวดเท้าและทาสีตัว, รวบรวมข้อมูล ประวัติ	09.30-11.00 น. 11.00-12.00 น.	1 ชม. 30 น. 1 ชม.	ปฐมภรณ์	
	การประเมินสัญญาณชีพ T=36.7 BP 117/79 P 69 O=95% นางสาวจันทร์ สีสองสม บ้านเลขที่ 54 หมู่ 4 ทางบ้านน้ำน้อย	13.00-13.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	ทำความสะอาดเครื่องใช้ จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	13.30-15.30 น. 15.30-16.00 น. 16.00-16.30 น.	2 ชม. 30 น. 30 น.	ปฐมภรณ์	
๑๙ พ.ย ๒๕๖๘	การประเมินสัญญาณชีพ นางจันทร์ คำแก่น T=36.5 BP 129/89 P 91 O=98% บ้านเลขที่ 59 หมู่ 2 ท่าแม่เอ๋ยตองตัน	07.30-08.00 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	ทำความสะอาดเครื่องใช้ ทำความสะอาดอาคารและสวน จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน นวดเท้าและทาสีตัว, รวบรวมข้อมูลประวัติ	08.00-08.30 น. 08.30-09.30 น. 09.30-11.00 น. 11.00-12.00 น.	30 น. 1 ชม. 1 ชม. 30 น. 1 ชม.	ปฐมภรณ์	
	การประเมินสัญญาณชีพ นางสาวจันทร์ สีสองสม T=36.8 BP 109/59 P 42 O 95% บ้านเลขที่ 92 หมู่ 1	12.00-12.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาวจันทร์ สีสองสม)

ตำแหน่งปลัด.../CM..../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

[illegible]

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง
(กมลวิมล งาม)

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

รายงานการปฏิบัติงานอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น

เดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๘

บัญชีลงเวลาการปฏิบัติงานของ CG
ตามโครงการค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาล พ.ศ. 2568
ชื่อ-สกุล(CG).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....
องค์การบริหารส่วนตำบล..บัวสลี.....อำเภอ...แม่ลาว....จังหวัด....เชียงราย.....
ประจำเดือน.....ธันวาคม.....

วัน เดือน ปี	สถานที่ปฏิบัติงาน	เวลามา	ลายมือชื่อ	เวลากลับ	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
1 ธ.ค. 2568	บ้านเลขที่ 59 หมู่ 3	07.30 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
	บ้านเลขที่ 54 หมู่ 4					
2 ธ.ค. 2568	บ้านเลขที่ 59 หมู่ 3	07.30 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
	บ้านเลขที่ 89 หมู่ 1					
3 ธ.ค. 2568	บ้านเลขที่ 59 หมู่ 3	07.30 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
	บ้านเลขที่ 89 หมู่ 1					
4 ธ.ค. 2568	บ้านเลขที่ 59 หมู่ 3	07.30 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
	บ้านเลขที่ 54 หมู่ 4					
5 ธ.ค. 2568	บ้านเลขที่ 89 หมู่ 1	07.30 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
	บ้านเลขที่ 59 หมู่ 3					
6 ธ.ค. 2568	บ้านเลขที่ 59 หมู่ 3	07.30 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
	บ้านเลขที่ 89 หมู่ 1					
7 ธ.ค. 2568	บ้านเลขที่ 59 หมู่ 3	07.30 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
	บ้านเลขที่ 54 หมู่ 4					
8 ธ.ค. 2568	บ้านเลขที่ 89 หมู่ 1	07.30 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
	บ้านเลขที่ 59 หมู่ 3					
9 ธ.ค. 2568	บ้านเลขที่ 59 หมู่ 3	07.30 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
	บ้านเลขที่ 89 หมู่ 1					
10 ธ.ค. 2568	บ้านเลขที่ 54 หมู่ 4	07.30 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
	บ้านเลขที่ 59 หมู่ 3					
11 ธ.ค. 2568	บ้านเลขที่ 59 หมู่ 3	07.30 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
	บ้านเลขที่ 54 หมู่ 4					
12 ธ.ค. 2568	บ้านเลขที่ 89 หมู่ 1	07.30 น.	ปฐมภรณ์	16.30 น.	ปฐมภรณ์	
	บ้านเลขที่ 59 หมู่ 3					

รวมเวลาการปฏิบัติงาน.....20.....วัน.....คิดเป็นเงิน.....5000.....บาท(ห้าพันบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....
(พรทิพย์ ธรรม)

ตำแหน่ง ปลัด...../CM/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

ตามโครงการค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจของรัฐบาล พ.ศ. 2568

องค์การบริหารส่วนตำบล..บัวสลี.....อำเภอ...แม่ลาว....จังหวัด...เชียงราย.....

5977A2

รวมเวลาการปฏิบัติงาน.....20.....วัน.....คิดเป็นเงิน.....๕๐๐๐.....บาท.....(ห้าพันบาทถ้วน)

ตำแหน่ง ปลัด...../CM/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๑.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
1 ธ.ค. ๒๕๖๑	การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	๐๗.๓๐-๐๘.๐๐ น.	๓๐ น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
	นางสาวจันทร์ คำแก่น				
	T ๒๖.๖ BP 116/85 P 96 O 98%				
	น้ำหนัก ๕๙ กก. ๖๖				
	ทำแผลที่มือซ้าย	๐๘.๐๐-๐๘.๓๐ น.	๓๐ น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย, แต่งตัว	๐๘.๓๐-๐๙.๓๐ น.	๑ ชม.		
	จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	๐๙.๓๐-๑๑.๐๐ น.	๑ ชม. ๓๐ น.		
	หัดเดิน: แคะตัว, ขนลุก, คลายเครียด	๑๑.๐๐-๑๒.๐๐ น.	๑ ชม.		
	การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	๑๒.๐๐-๑๒.๓๐ น.	๓๐ น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
	นางสาวจันทร์ คำแก่น				
	T ๒๖.๖ BP 139/90 P 104 O 98%				
	น้ำหนัก ๕๙ กก. ๖๖				
	หัดเดิน: คลายเครียด	๑๒.๓๐-๑๓.๓๐ น.	๑ ชม.		
	ทำแผลที่มือขวา	๑๓.๓๐-๑๔.๐๐ น.	๓๐ น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย	๑๔.๐๐-๑๕.๓๐ น.	๑ ชม. ๓๐ น.		
	หัดเดิน: แคะตัว, ขนลุก, คลายเครียด	๑๕.๓๐-๑๖.๓๐ น.	๑ ชม.		
2 ธ.ค. ๒๕๖๑	การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	๐๗.๓๐-๐๘.๐๐ น.	๓๐ น.	นางสาวปฐมาภรณ์	
	นางสาวจันทร์ คำแก่น				
	T ๒๖.๕ BP 152/95 P 98 O 98%				
	น้ำหนัก ๕๙ กก. ๖๖				
	ทำแผลที่มือซ้าย	๐๘.๐๐-๐๘.๓๐ น.	๓๐ น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย, แต่งตัว	๐๘.๓๐-๐๙.๓๐ น.	๑ ชม.		
	จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	๐๙.๓๐-๑๑.๐๐ น.	๑ ชม. ๓๐ น.		
	หัดเดิน: แคะตัว, ขนลุก, คลายเครียด	๑๑.๐๐-๑๒.๐๐ น.	๑ ชม.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น)

ตำแหน่งปลัด./CM.....เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...ธันวาคม...พ.ศ. 2563.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาฬิกา)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	12.00 - 12.20 น.	20 น.	ปฐมาภรณ์	
	นาง เกษร ไชยเลิศ				
	T 36.4 BP 112/17 P 62 O 100%				
	น้ำหนักตัว 82 กก. นม 1				
	หมวด 10% กลาง	12.20 - 13.00 น.	1 ชม. 20 น.		
	กำหนด 7 ชั่วโมง ผู้ปกครอง	13.00 - 13.20 น.	20 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย, - 6 เดือน	13.20 - 14.00 น.	1 ชม.		
ธ.ค. 2563	การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	09.20 - 09.40 น.	20 น.	ปฐมาภรณ์	
	นาง จันทร์ คำแก่น				
	T 36.4 BP 129/84 P 91 O 98%				
	น้ำหนักตัว 59 กก. นม 3				
	กำหนด 10 ชั่วโมง	09.40 - 10.20 น.	20 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย, 6 เดือน	10.20 - 10.40 น.	1 ชม.		
	เปลี่ยนผ้าปูเตียง, จัดสภาพแวดล้อม	10.40 - 11.00 น.	1 ชม. 20 น.		
	ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด, กำหนด 10 ชั่วโมง	11.00 - 12.00 น.	1 ชม.		
	การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	12.00 - 12.20 น.	20 น.	ปฐมาภรณ์	
	นาง สักดิ์ สีสงษ์				
	T 36.5 BP 114/75 P 74 O 97%				
	น้ำหนักตัว 89 กก. นม 1				
	หมวด 10% กลาง	12.20 - 13.00 น.	1 ชม. 20 น.		
	กำหนด 7 ชั่วโมง ผู้ปกครอง	13.00 - 14.00 น.	1 ชม.		
	ทำความสะอาดร่างกาย	14.00 - 14.20 น.	20 น.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(ปฐมาภรณ์ คำแก่น)

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...กันยายน...พ.ศ. 2568.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
4 ต.ค. 2568	การประเมินผู้สูงอายุ	07.30 - 08.00 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	8
	นาง คำแก่น คำแก่น				
	T 36.5 BP 110/80 P 105 098/1				
	น้ำหนักตัว 59 กก. 3				
	ท่านเดินได้เอง	08.00 - 08.30 น.	30 น.		
	ท่านสามารถรับประทานอาหารได้เอง	08.30 - 09.30 น.	1 ชม.		
	น้ำหนักตัวปกติ	09.30 - 10.00 น.	30 น.		
	ท่านสามารถช่วยเหลือ	10.00 - 11.00 น.	1 ชม.		
	น้ำหนักตัวปกติ	11.00 - 12.00 น.	1 ชม.	ปฐมภรณ์	8
	น้ำหนักตัวปกติ				
	การประเมินผู้สูงอายุ	12.00 - 12.30 น.	30 น.		
	นาง คำแก่น คำแก่น				
	T 36.5 BP 110/80 P 105 098/1				
	น้ำหนักตัว 59 กก. 3				
	ท่านเดินได้เอง	12.30 - 13.30 น.	1 ชม.		
	น้ำหนักตัวปกติ	13.30 - 14.00 น.	30 น.		
	ท่านสามารถช่วยเหลือ	14.00 - 15.00 น.	1 ชม.	ปฐมภรณ์	8
	น้ำหนักตัวปกติ				
	การประเมินผู้สูงอายุ	15.30 - 16.00 น.	30 น.		
	นาง คำแก่น คำแก่น				
	T 36.5 BP 110/80 P 105 098/1				
	น้ำหนักตัว 59 กก. 3				
	ท่านเดินได้เอง	16.00 - 17.00 น.	1 ชม.		
	น้ำหนักตัวปกติ				
5 ต.ค. 2568	การประเมินผู้สูงอายุ	07.30 - 08.00 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	8
	นาง คำแก่น คำแก่น				
	T 36.5 BP 110/80 P 105 098/1				
	น้ำหนักตัว 59 กก. 3				
	ท่านเดินได้เอง	08.00 - 10.00 น.	2 ชม.		
	น้ำหนักตัวปกติ	10.00 - 11.30 น.	1 ชม. 30 น.		
	ท่านสามารถช่วยเหลือ	11.30 - 12.00 น.	30 น.		
	น้ำหนักตัวปกติ				

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(ปฐมภรณ์ คำแก่น)

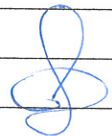
ตำแหน่งปลัด./CM.....เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...ธันวาคม...พ.ศ. ๒๕๖๒.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	การประเมินสภาวะสุขภาพ นาง จันทรี คำแก่น T 37.0 BP 121/80 P 96 O 99%	13.00 - 13.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	น้ำหนักตัว 59 กก. นม 2				
	ทำแผลแผลที่ข้อเท้า	13.30 - 14.00 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย, แต่งตัว	14.00 - 15.00 น.	1 ชม.		
	เปลี่ยนผ้าปูเตียง, จัดสถานที่	15.00 - 16.30 น.	1 ชม. 30 น.		
	แจกสิ่งของภายในบ้าน				
๒ พ.ค. ๒๕๖๒	การประเมินสภาวะสุขภาพ นาง จันทรี คำแก่น T 36.5 BP 96/64 P 96 O 100%	07.30 - 08.00 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	น้ำหนักตัว 59 กก. นม 2				
	ทำแผลแผลที่ข้อเท้า	08.00 - 08.30 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย, แต่งตัว	08.30 - 09.30 น.	1 ชม.		
	จัดสถานที่, แจกสิ่งของภายในบ้าน	09.30 - 11.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	ผลิตภัณฑ์, แจกสิ่งของภายในบ้าน	11.00 - 12.00 น.	1 ชม.		
	การประเมินสภาวะสุขภาพ นาง ศักดิ์ สีสันทอง T 36.1 BP 113/85 P 90 Q 97%	13.00 - 13.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	น้ำหนักตัว 89 กก. นม 12				
	อาบน้ำตามน้ำหนัก	13.30 - 15.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	น้ำหนักตัวปกติ	15.00 - 15.30 น.	30 น.		
	น้ำหนักตัว 100 กก. ทำร่างกาย	15.30 - 16.00 น.	30 น.		
	ตรวจสุขภาพ	16.00 - 16.30 น.	30 น.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(พารณิศา ธรรม)

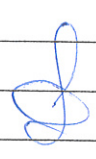
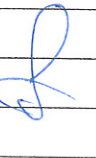
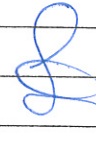
ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...ธันวาคม...พ.ศ. ๒๕๖๕.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที่)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
๗ ธ.ค. ๒๕๖๕	การประเมินผู้สูงอายุ	0๗.๓๐-0๘.๐๐ น.	๓๐ น.	ปฐมาภรณ์	
	นาง จันทร์ คำแก่น				
	T ๖๕.๑ BP 120/๘5 P ๙๐ O ๑๑7-				
	น้ำหนัก ๕๙ กก. สูง ๑.๖๐ ม.				
	ทำแผลเนื้อที่ ๓ นิ้ว	0๘.๐๐ - 0๘.๓๐ น.	๓๐ น.		
	ทำแผลที่ ๑๐ นิ้ว ๑๖ นิ้ว, ๑๖ นิ้ว ๑๖ นิ้ว	0๘.๓๐-0๙.๓๐ น.	1 ชม.		
	บริหารมือ นิ้วมือ, ข้างซ้าย	0๙.๓๐-10.๓๐ น.	1 ชม.		
	ตรวจดูแผลเรื้อรัง ผื่นที่ขา	10.๓๐-1๑.๐๐ น.	1 ชม. ๓๐ น.	ปฐมาภรณ์	
	การประเมินผู้สูงอายุ	1๑.๐๐ - 1๑.๓๐ น.	๓๐ น.		
	นาง สันติ คำแก่น				
	T ๖๕.๑ BP 1๒๐/๘๕ P ๙๐ O ๑๑๗-				
	น้ำหนัก ๕๙ กก. สูง ๑.๖๐ ม.				
	ตรวจดูแผลเรื้อรัง	1๑.๓๐ - 1๑.๕๐ น.	2 ชม.		
	บริหารมือ นิ้วมือ, ข้างซ้าย	1๑.๕๐-1๒.๐๐ น.	๓๐ น.		
	ตรวจดูแผลเรื้อรัง	1๒.๐๐ - 1๒.๓๐ น.	๓๐ น.	ปฐมาภรณ์	
๘ ธ.ค. ๒๕๖๕	การประเมินผู้สูงอายุ	0๗.๓๐-0๘.๐๐ น.	๓๐ น.		
	นาง เกษณี ไชยสิทธิ์				
	T ๖๕.๕ BP 10๕/๕๕ P ๘๕ O ๑๑๗-				
	น้ำหนัก ๘๙ กก. สูง ๑.๖๐ ม.				
	ทำแผลที่ ๑๐ นิ้ว ๑๖ นิ้ว	0๘.๐๐ - 10.๐๐ น.	2 ชม.		
	ทำแผลที่ ๑๐ นิ้ว ๑๖ นิ้ว	10.๐๐ - 11.๐๐ น.	1 ชม.		
	ตรวจดูแผลเรื้อรัง	11.๐๐ - 11.๓๐ น.	๓๐ น.	ปฐมาภรณ์	
	เปลี่ยนผ้าพันแผล	11.๓๐ - 1๑.๕๐ น.	๒๐ น.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(ปฐมาภรณ์ คำแก่น)

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...ธันวาคม...พ.ศ. ๒๕๖๕.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	การประเมินสภาวะผู้สูงอายุ	13.00 - 13.30 น.	30 น.	ปฐมาภรณ์	
	นางจันทรี คำแก่น				
	T 26.2 BP 116/81 P 100 O 100%				
	น้ำหนัก 59 กก. 2				
	ทำแผลบริเวณข้อเท้า	13.30 - 14.00 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกายผู้สูงอายุ	14.00 - 15.00 น.	1 ชม.		
	เปลี่ยนผ้าปูเตียง , จัดสถานที่นอน	15.00 - 16.30 น.	1 ชม. 30 น.		
	สังเกตอาการผู้สูงอายุ				
๑ ธ.ค. ๒๕๖๕	การประเมินสภาวะผู้สูงอายุ	07.30 - 08.00 น.	30 น.	ปฐมาภรณ์	
	นางจันทรี คำแก่น				
	T 36.4 BP 112/88 P 91 O 97%				
	น้ำหนัก 59 กก. 2				
	ทำแผลบริเวณข้อเท้า	08.00 - 09.30 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกายผู้สูงอายุ	09.30 - 09.50 น.	1 ชม.		
	อาบน้ำ , นวดเบาๆ	09.50 - 10.30 น.	1 ชม.		
	พลิกตัวผู้สูงอายุ , ตรวจดูแผลกดทับ	10.30 - 12.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	การประเมินสภาวะผู้สูงอายุ	13.00 - 13.30 น.	30 น.	ปฐมาภรณ์	
	นางสาว สักดิ์ สีสองสง				
	T 36.1 BP 121/74 P 64 O 94%				
	น้ำหนัก 59 กก. 12				
	นวดผ่อนคลาย	13.30 - 15.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	ตรวจดูแผลกดทับ	15.00 - 16.00 น.	1 ชม.		
	จัดสถานที่นอนสังเกตอาการผู้สูงอายุ	16.00 - 16.30 น.	30 น.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(ปฐมาภรณ์ คำแก่น)

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล... บัวสลี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน... ธันวาคม ...พ.ศ. ๒๕๖๘

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาท)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
10 ธ.ค ๒๕๖๘	การประเมินสภาพร่างกาย	0๗.๓๐-0๘.๐๐ น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	นางสาวจันทร์ คำแก่น				
	T ๒๖.๑ BP 127/81 P ๗๗ 0 ๘๗				
	น้ำหนัก ๕๕ กก. 51 ซม. 4				
	ทช. ๓๖๖๖๖๖๖๖	08.00-10.00 น.	2 ชม.		
	ตัดเล็บ	10.00-10.๓๐ น.	30 น.		
	เช็ดล้างทำความสะอาด	10.๓๐-11.00 น.	30 น.		
	ตรวจสุขภาพ	11.00-12.00 น.	1 ชม.		
	การประเมินสภาพร่างกาย	13.00-13.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	นางสาวจันทร์ คำแก่น				
	T ๒๖.๗ BP 119/79 P ๘๖ 0 ๘๗				
	น้ำหนัก ๕๕ กก. 51 ซม. 2				
	ท่าเดิน ๕๕ กก. ๕๑ ซม.	13.30-14.00 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย, แต่งตัว	14.00-15.00 น.	1 ชม.		
	ตัดเล็บ	15.00-15.30 น.	30 น.		
	จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	15.30-16.30 น.	1 ชม.		
11 ธ.ค. ๒๕๖๘	การประเมินสภาพร่างกาย	0๗.๓๐-0๘.๐๐ น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	นางสาวจันทร์ คำแก่น				
	T ๒๖.๙ BP 106/๗๗ P ๘๕ 0 ๘๗				
	น้ำหนัก ๕๕ กก. 51 ซม. 2				
	ท่าเดิน ๕๕ กก. ๕๑ ซม.	08.00-08.30 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย, แต่งตัว	08.30-09.30 น.	1 ชม.		
	เช็ดล้างทำความสะอาด, นวดผ่อนคลาย	09.30-10.30 น.	1 ชม.		
	พลาสมา: 10.30-11.00 น.	10.30-11.00 น.	30 น.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(จันทร์ คำแก่น)

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...กันยายน...พ.ศ...๒๕๖๘

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาท)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
12 ธ.ค 2568	การประเมินสัญญาณชีพ	07.30-09.00 น.	20 น.	ปฐมภรณ์	[Signature]
	นาง เกตุร ใจเลิศ				
	T 25.9 BP 102/53 P 60 O 99%				
	น้ำหนัก 89 กก. นม 1				
	หายใจกลางกลืนน้ำดี	09.00-10.00 น.	2 ชม.		
	ตรวจดูแผลกดทับ	10.00-11.30 น.	1 ชม. 30 น.		
	เปลี่ยนผ้าอ้อม	11.30-12.00 น.	30 น.		
	การประเมินสัญญาณชีพ	13.00-13.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	[Signature]
	นายจันทรี คำแก่น				
	T 36.1 BP 109/44 P 86 O 99%				
	น้ำหนัก 89 กก. นม 3				
	ทำแผลแผลกดทับ	13.30-14.00 น.	30 น.		
	ทำอาหารและจัดเตียงนอน	14.00-15.00 น.	1 ชม.		
	น้ำหนัก 89 กก. นม 3	15.00-15.30 น.	30 น.		
	จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	15.30-16.30 น.	1 ชม.		
13 ธ.ค. 2568	การประเมินสัญญาณชีพ	07.30-09.00 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	[Signature]
	นาง สักดิ์ สีสัน				
	T 35.9 BP 114/61 P 58 O 95%				
	น้ำหนัก 89 กก. นม 12				
	หายใจทางน้ำดี	09.00-10.00 น.	2 ชม.		
	น้ำหนัก 89 กก. นม 12	10.00-11.00 น.	1 ชม.		
	ตรวจดูแผลกดทับ	11.00-12.00 น.	1 ชม.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นางสาว ปฐมภรณ์ คำแก่น)

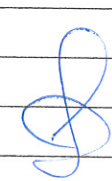
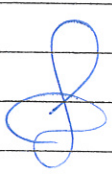
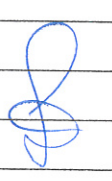
ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...ธันวาคม...พ.ศ. 2568.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาท)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
12 ธ.ค. 2568	การประเมินสภาวะสุขภาพ นาง กนกพร ไชยเลิศ T 36.1 BP 112/52 P 92 01001	12.00 - 12.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	น้ำหนัก 52 กก. หมู่ 1				
	ทานานน้ำนิต	13.30 - 15.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	ก้นนาง นิ่งเลข 5 กส.ม.ง	15.00 - 15.30 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย 11 ครั้ง	15.30 - 16.30 น.	1 ชม.		
14 ธ.ค. 2568	การประเมินสภาวะสุขภาพ นาง จันทรา คำแก่น	08.30 - 09.00 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	T 36.1 BP 110/62 P 92 0981				
	น้ำหนัก 59 กก. หมู่ 3				
	ทำแผลมือข้างซ้าย	09.00 - 09.30 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย หนึ่งครั้ง	09.30 - 09.50 น.	1 ชม.		
	ตรวจดูแผลขาข้างซ้าย	09.50 - 10.30 น.	1 ชม.		
	พลิกตัวและตรวจดู สัก 5 นาที	10.30 - 12.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	สังเกตอาการในน้ำ				
	การประเมินสภาวะสุขภาพ นาง สุจินดา สีสองสี	13.00 - 13.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	T 36.1 BP 122/86 P 74 0961				
	น้ำหนัก 52 กก. หมู่ 4				
	ทานานน้ำนิต	13.30 - 14.30 น.	1 ชม.		
	ก้นนาง นิ่งเลข 5 กส.ม.ง	14.30 - 15.00 น.	30 น.		
	ตรวจดูแผลขาข้างซ้าย	15.00 - 16.00 น.	1 ชม.		
	สังเกตอาการในน้ำ	16.00 - 16.30 น.	30 น.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(กนกพร ไชยเลิศ)

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)
 องค์การบริหารส่วนตำบล...บัวสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....
 ประจำเดือน.....พ.ศ.....
 ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการ ปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาท)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
15 ธ.ค 2568	การประเมินสุขภาพจิต นายจันทร์ คำแก่น	07.30-08.00 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	8
	T 85.9 BP 119/66 P 79 0 99%				
	น้ำหนักตัว 59 กก. นม 2				
	ทำแผลเท้าขึ้น	08.00-08.30 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย และตัดตัว	08.30-09.30 น.	1 ชม.		
	เปลี่ยนผ้าปูเตียง, หมอน ผ้าห่ม	09.30-10.30 น.	1 ชม.		
	ให้อาหารเช้า	10.30-11.00 น.	30 น.		
	พลิกตัว และตัดตัว ขอนคุด	11.00-12.00 น.	1 ชม.		
	อาบน้ำเช็ดตัว				
16 ธ.ค 2568	การประเมินสุขภาพจิต นาง เกษร ไชยเลิศ	07.30-08.00 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	8
	T 86.9 BP 99/50 P 64 0 98%				
	น้ำหนักตัว 82 กก. นม 1				
	ให้อาหารเช้า	08.00-10.00 น.	2 ชม.		
	อาบน้ำ, 1 เวลา ผ้าห่ม	10.00-11.00 น.	1 ชม.		
	เปลี่ยนผ้าปูเตียง, ขอนคุด	11.00-12.00 น.	1 ชม.		
	การประเมินสุขภาพจิต นาย จันทร์ คำแก่น	13.00-13.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	8
	T 86.5 BP 121/96 P 75 0 98%				
	น้ำหนักตัว 59 กก. นม 2				
	ทำแผลเท้าขึ้น	13.30-14.00 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย และตัดตัว	14.00-15.00 น.	1 ชม.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(ปฐมภรณ์ คำแก่น)

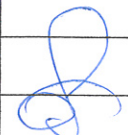
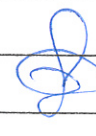
ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ.....2568.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	ทำความสะอาด	15.00 - 15.30 น.	20 น.	ปฐมภรณ์	
	จัดสถานที่แวดล้อมภายในบ้าน	15.30 - 16.30 น.	1 ชม		
1 ธ.ค 2568	การประเมินสภาพร่างกายผู้สูงอายุ	07.30 - 08.00 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	นายจันทร์ คำแก่น				
	T 36.1 BP 125/85 P 98 O 98%				
	น้ำหนัก 59 กก. 9				
	ทำแผลที่ข้อเท้า	08.00 - 08.30 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย, แผลง้าว	08.30 - 09.20 น.	1 ชม.		
	ตรวจเช็คสายเคเบิล	09.20 - 10.30 น.	1 ชม.		
	พลิกตัว, แผลง้าว, จัดสถานที่แวดล้อมภายในบ้าน	10.30 - 12.00 น.	1 ชม. 30 น.		
	การประเมินสภาพร่างกายผู้สูงอายุ	13.00 - 13.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	
	นาง จันทร์ สีสองสน				
	T 36.1 BP 129/86 P 94 O 98%				
	น้ำหนัก 52 กก. 1				
	อาบน้ำหน้าอก	13.30 - 14.30 น.	1 ชม.		
	ทำแผลที่ข้อเท้า	14.30 - 15.00 น.	30 น.		
	ตรวจเช็คสายเคเบิล	15.00 - 16.00 น.	1 ชม.		
	จัดสถานที่แวดล้อมภายในบ้าน	16.00 - 16.30 น.	30 น.		
18 ธ.ค 2568	การประเมินสภาพร่างกายผู้สูงอายุ	07.30 - 08.00	30 น.	ปฐมภรณ์	
	นาย สักดิ์ สีสองสน				
	T 36.5 BP 120/74 P 86 O 98%				
	น้ำหนัก 89 กก. 12				

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(นายจันทร์ สีสองสน)

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล...บ้านสี...อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...ธันวาคม...พ.ศ. 2568

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมาภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	หมั่นเช็ดทำความสะอาด	08.00-10.00 น.	2 ชม.	ปฐมาภรณ์	
	ทำแผล, น้ำล้างแผล	10.00 - 11.00 น.	1 ชม.		
	ดูแลแผลฝีกรรณอง, น้ำคักรรณอง	11.00 - 12.00 น.	1 ชม.		
	ทำสำเนา				
	การประเมินสัญญาณชีพ	12.00 - 12.30 น.	30 น.	ปฐมาภรณ์	
	นายจันทร์ คำแก่น				
	T 35.9 BP 116/89 P 90 O 99%				
	น้ำหนัก 59 กก. สูง 1.5 ม.				
	ทำแผลเบื้องต้น	12.30 - 13.00 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย, แผลกดทับ	13.00 - 15.00 น.	1 ชม.		
	เช็ดทำความสะอาดแผล	15.00 - 16.00 น.	1 ชม.		
	วัดสัญญาณชีพสัญญาณชีพ	16.00 - 16.30 น.	30 น.		
1. 12.25.68	การประเมินสัญญาณชีพ	07.30 - 08.00 น.	30 น.	ปฐมาภรณ์	
	นายจันทร์ คำแก่น				
	T 36.2 BP 114/89 P 98 O 96%				
	น้ำหนัก 59 กก. สูง 1.5 ม.				
	ทำแผลเบื้องต้น	08.00 - 09.30 น.	30 น.		
	ทำความสะอาดร่างกาย, แผลกดทับ	09.30 - 09.50 น.	1 ชม.		
	เช็ดแผล	09.50 - 10.00 น.	30 น.		
	เปลี่ยนผ้าปูเตียง วัดสัญญาณชีพ	10.00 - 11.00 น.	1 ชม.		
	วัดสัญญาณชีพ				
	ผลึก ต. 11 ของตัว, เช็ดแผล	11.00 - 12.00 น.	1 ชม.		
	ดูแลแผลกดทับ				

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ปฐมาภรณ์ คำแก่น

ตำแหน่งปลัด.../CM.../เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

องค์การบริหารส่วนตำบล... บัวสลี.....อำเภอ...แม่ลาว...จังหวัด...เชียงราย.....

ประจำเดือน...ธันวาคม.....พ.ศ. 2568.....

ชื่อ-สกุล(Care giver).....นางสาวปฐมภรณ์ คำแก่น.....

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)	ลงชื่อ CG	ลงชื่อผู้รับรอง (ตรวจรับ)
	การประเมินสัญญาณชีพ	12.00-13.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	8
	นางเกษร ไชยเลิศ				
	T 36.1 BP 110/55 P 69 0 น.				
	น้ำหนักตัว 82 กก. นม 1				
	ทาขี้ผึ้งหน้าอก	13.30-15.30 น.	2 ชม.	ปฐมภรณ์	8
	วัดไข้	15.30-16.00 น.	30 น.		
	ทำแผล อุณหภูมิช่อง	16.00-16.30 น.	30 น.		
20 ธ.ค 2568	การประเมินสัญญาณชีพ	07.30-08.00 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	8
	นาง อัญชลี สวัสดิ์ทอง				
	T 36.1 BP 130/80 P 88 0 น.				
	น้ำหนักตัว 54 กก. นม 1				
	ทาขี้ผึ้งหน้าอก	08.00-10.00 น.	2 ชม.	ปฐมภรณ์	8
	วัดไข้	10.00-10.30 น.	30 น.		
	วัดไข้ อุณหภูมิช่อง	10.30-11.00 น.	30 น.		
	จัดสภาพแวดล้อมในห้องนอน	11.00-12.00 น.	1 ชม.		
	การประเมินสัญญาณชีพ	13.00-13.30 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	8
	นางจันทรี คำแก่น				
	T 36.2 BP 121/82 P 86 0 น.				
	น้ำหนักตัว 89 กก. นม 3				
	ทำแผลเนื้องา	13.30-14.00 น.	30 น.	ปฐมภรณ์	8
	ทำแผลสัณฐานร่างกาย, แต่งตัว	14.00-15.00 น.	1 ชม.		
	หัดเดินกลาง	15.00-15.30 น.	30 น.		
	ตรวจดูแผลกดทับ	15.30-16.30 น.	1 ชม.		

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(พาริทธิพร อังรัมย์)

ตำแหน่งปลัด.../CM...เจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย.....