



DATE

DESCRIPTION OF ILL

REMARKS

BED / ROOM

NAME

DIAGNOSIS

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 41 / 100.000 แผ่น / มี.บ.52 / Mat.19012188





**คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**  
**หนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาล**

ให้ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อความและกาเครื่องหมาย  ในช่อง

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวประชาชน  บัตรข้าราชการ  บัตรพนักงานรัฐวิสาหกิจ  บริษัทเลขที่.....

สังกัด.....ในฐานะเป็น  ผู้ป่วย  ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ในฐานะ.....ของผู้ป่วย ชื่อ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

H.N.....A.N.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเรื่องการตรวจรักษาและข้อความในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาลจาก แพทย์ และ/หรือ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และได้พิจารณาโดยละเอียดถี่ถ้วน แล้ว ข้าพเจ้าจึงยินยอมให้แพทย์ และ/หรือ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ รวมทั้งบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ดำเนินการทุกอย่างเกี่ยวกับการตรวจรักษาพยาบาล รวมถึงการผ่าตัด/และ/หรือหัตถการในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อชีวิตและสุขภาพของ  ข้าพเจ้า  ผู้ป่วย ได้ตลอดจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอให้อธิหนังสือแสดงความยินยอมฉบับนี้ มีผลใช้บังคับตลอดระยะเวลาที่  ข้าพเจ้า  ผู้ป่วย อยู่ในโรงพยาบาลศิริราช และยินยอมที่จะปฏิบัติตามระเบียบของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลทุกประการ

ลงชื่อ.....  ผู้ป่วย /  ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย

(.....)

**ผู้ให้ข้อมูลทางการแพทย์**

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....เวลา.....น.





# ADULT NURSING ASSESSMENT FORM

## SIRIRAJ HOSPITAL

NR.DOC.01. Adt. R1

Ward .....  
 HN. .... AN. ....  
 Name ..... Age .....

Print / Name label

### Personal Data

Sex ..... Education ..... Occupation .....

Mode of Arrival :  Walk  Wheel Chair  Stretcher  Other .....

Admitted from :  ER Trauma  OPD  Refer  Other .....

Diagnosis .....

Admission Date ..... Time .....

#### Vital signs :

Temp. .... °C HR ..... / min Language : .....

Resp. .... / min BP ..... mmHg

Chief complaint .....

Height ..... cm  Measure  Ask  Estimate

Weight ..... kg  Measure  Ask  Estimate

Dominant Hand :  Right  Left

Present Illness .....

Past Illness History .....

Family Illness History .....

Known Allergies (Drugs, Food, Other) : ..... Reactions .....

<b>Tobacco</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit ..... Smoked duration ..... Quit duration ..... <input type="checkbox"/> Continuous ..... frequency ..... / day duration .....	<b>Alcohol</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit ..... Drank duration ..... Quit duration ..... <input type="checkbox"/> Continuous ..... frequency ..... / day duration .....	<b>Other Drugs/Substances</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Quit ..... Used duration ..... Quit duration ..... <input type="checkbox"/> Continuous ..... frequency ..... / day duration .....	<b>Exercise :</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Always ..... <input type="checkbox"/> Sometimes .....	<b>Sleep / Rest : ..... hr/day</b> <input type="checkbox"/> Enough <input type="checkbox"/> Not enough What helped in the past? : .....
Information provided by : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Other .....				
Emergency Notify : Name .....				
Relationship ..... Phone # .....				

### Nutrition / Metabolism

<b>Feeding :</b> <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Assisted <input type="checkbox"/> NG/OG <input type="checkbox"/> Gastrostomy/Jejunostomy tube <input type="checkbox"/> Parenteral Nutrition	<b>Diet :</b> <input type="checkbox"/> NPO at ..... <input type="checkbox"/> Ordinary Diet <input type="checkbox"/> Liquid / Soft Diet	<b>Special Diet :</b> <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Low Na <input type="checkbox"/> Low Prot. <input type="checkbox"/> High Prot. <input type="checkbox"/> Other .....	<b>Swallowing Difficulty :</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Solid <input type="checkbox"/> Liquid <b>Appetite :</b> <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor	<b>GI. Problem :</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Other
---	---	--	--	---

<b>Nutritional Screening</b>	1. Unintentional weight loss over 6 months	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	2. Decreased nutritional intake (more than 7 days)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	3. BMI < 18.5 Kg/m <sup>2</sup> OR BMI ≥ 25.0 Kg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	4. Critically ill or Sub-Critically ill	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes



# ADULT NURSING ASSESSMENT FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

NAME ..... HN. .... AN. .... WARD .....

## Neuromuscular

### Neurosensory

<b>Level of Consciousness (LOC) :</b> <input type="checkbox"/> Alert, awake and oriented <input type="checkbox"/> Lethargic (Sleepy but easily aroused) <input type="checkbox"/> Stuporous (responsive only to noxious stimuli) <input type="checkbox"/> Comatose (not responsive to noxious stimuli)	<b>Vision :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Impaired <input type="radio"/> Rt ..... <input type="radio"/> Lt ..... Device .....	<b>Hearing :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Impaired <input type="radio"/> Rt ..... <input type="radio"/> Lt ..... Device .....	<b>Speech :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Impaired Device .....	<b>Smell :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Impaired ..... <b>Sensation:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Numbness ..... <input type="checkbox"/> Tingling .....
---	---	--	---	---

### Musculo-Skeletal

<b>Hand Grasps :</b> <input type="checkbox"/> Strong <input type="checkbox"/> Weak <input type="radio"/> Rt <input type="radio"/> Lt <input type="checkbox"/> Absent <input type="radio"/> Rt <input type="radio"/> Lt	<b>Joint :</b> <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Swollen ..... <input type="checkbox"/> Stiff ..... <input type="checkbox"/> Tender ..... <input type="checkbox"/> Other .....	<b>Weakness :</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<b>Paralysis :</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<b>Seizure :</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<b>Movement :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal
---	--	--	---	---	---

### Mobility

### Safety

<b>Activity / Function :</b> <input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Require Assistance in <input type="radio"/> Eating <input type="radio"/> Dressing <input type="radio"/> Toileting <input type="radio"/> Bed Mobility <input type="radio"/> Transferring <input type="radio"/> Ambulation <input type="radio"/> Other .....	<b>Prosthetic / Assistive Devices :</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="radio"/> Cane <input type="radio"/> Walker <input type="radio"/> Wheel Chair <input type="radio"/> Artificial Limb <input type="radio"/> Other .....	<b>Fall History :</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes .....	<b>Obvious High risk :</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes .....
<b>Fall risk assessment score:</b> <input type="checkbox"/> 0 (No risk) <input type="checkbox"/> 1 - 4 (Low risk) <input type="checkbox"/> > 4 (High risk)			

## Elimination/Reproductive

### Gastrointestinal

<b>Oral Cavity :</b> <input type="checkbox"/> Moist <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Abrasion <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Denture <input type="checkbox"/> Other .....	<b>Abdomen :</b> <input type="checkbox"/> Soft <input type="checkbox"/> Tender ..... <input type="checkbox"/> Other .....	<b>Bowel Pattern :</b> ..... time / ..... day <b>Elimination Problem :</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Incontinent <input type="checkbox"/> Other .....
---	--	--

### Genito-Urinary

### Reproductive

<b>Bladder :</b> <input type="checkbox"/> Soft <input type="checkbox"/> Distended <input type="checkbox"/> Other .....	<b>Voiding :</b> ..... : ..... (Day : Night) <input type="checkbox"/> Continent <input type="checkbox"/> Incontinent <input type="checkbox"/> Dysuria ..... <input type="checkbox"/> Catheter ..... <input type="checkbox"/> Other .....	<b>Urine :</b> <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Cloudy <input type="checkbox"/> Bloody <input type="checkbox"/> Other .....	<b>Genital Organ :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ..... .....	<b>Breast :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ..... .....	<b>Menstrual Problem :</b> (Female Only) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ..... LMP : .....
---	---	--	--	---	---

## Pain Management

Pain  No  Yes

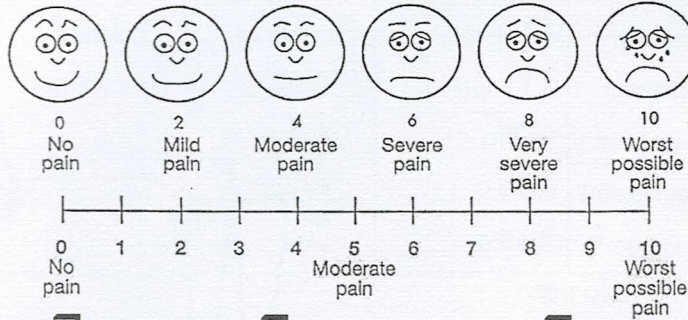
Pain Location ..... When .....

What causes pain to increase? .....

Pattern :  Intermittent  Constant  Other .....

How does patient describe the pain :  Burning  Dull  Sharp  Other .....

Intensity :



Does pain affect patient's ability to :  Eat  Activity  Sleep  Elimination  
 Mood  Self Image  Sexuality  Social Interaction

What relieves pain :  Cold Compression  Hot Compression  Massage  Relaxation  Reposition  
 Rest / Sleep  Medication .....  Other .....

### Information / Teaching / Learning Needs

- Orientation  Disease Process  Medication
- Activity  Wound / Ostomy Care  Diet Changes
- Safety  Pre / Post - Op. Teaching  Infection Control
- Self care  Signs / Symptoms to report to Med. Staff
- Test / Process Treatment  Equipment .....
- Other .....

- Factor that may influence the patient's ability and readiness to learn
- None  Religious Practices  Motivation
  - Language Barriers  Psychosocial Factors  Cultural
  - Cognitive Limitation  Hearing / Vision / Speaking Impairment
- Comment .....

### Spiritual / Cultural Needs / Emotional Support

Religion ..... Special Religious / Cultural considerations for hospitalization  No  Yes .....

Anxiety :  None  Illness  Family  Finance  Other .....

Will patient need palliative care?

Support System :  None  Parents  Spouse & Family  Friend(s)  Other .....

No  Yes

### Discharge Planning Supportive Care

#### Discharge Screening Criteria

#### Discharge Planning Needs

1. Will patient need post discharge assistance with Activity of Daily Living/Physical functioning?  No  Yes
2. Does patient need discharge planning?  No  Yes (if yes complete 2.1-2.4 & Discharge Planning Needs)
  - 2.1 Caregiver  No  Yes (if yes complete A&B)
    - A. Does patient have family capable and willing to provide assistance post discharge?  
 No  Yes .....
    - B. Is assistance needed that family can't provide?  
 No  Yes .....
  - 2.2 Equipment  No  Yes
  - 2.3 Environment  No  Yes
  - 2.4 Financial  No  Yes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Home Environment	Lives With :	Lives Where :	Possible Referral Needs :	
	<input type="checkbox"/> Parents/ Family <input type="checkbox"/> Alone <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Other .....	<input type="checkbox"/> House <input type="checkbox"/> Apartment/Condominium <input type="checkbox"/> Nursing Home <input type="checkbox"/> Other.....	<input type="checkbox"/> Wound Care/Burn Care <input type="checkbox"/> Social Service <input type="checkbox"/> Rehabilitation / PT <input type="checkbox"/> Speech <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Psychologist <input type="checkbox"/> Other .....	

Assessment Initiated by RN : ..... Date ..... Time .....





Nursing Care		Date														
		23-7	7-15	15-23	23-7	7-15	15-23	23-7	7-15	15-23	23-7	7-15	15-23	23-7	7-15	15-23
HYGIENE	Bath															
	Mouth Care															
	Shampooing															
	Perineal Care															
	Linen Change															
	Other .....															
NUTRITION	NPO															
	Oral															
	Feeding															
	Parenteral															
ACTIVITY	Ambulate															
	Exercise															
	Rest															
	Bed Rest															
	Absolute Bed Rest															
ELIMINATION	Condom Care															
	Cath Care															
	Ostomy Care															
	Enema															
SAFETY	Side Rail Up															
	Restraint															
	Other .....															
PSYCHOSOCIAL SUPPORT	Greeting															
	Touch															
	Information															
	Other .....															
SPECIAL CARE	IVF./ IV. Cath Care															
	Tube Care															
	Drain Care															
	Wound Care															
	Pain Care															
	Breathing Exercise															
	Turn Position q ..... hrs															
	Other .....															
Fall risk Score																
Signature																

Nutritional Screening	Date .....		Weight .....kg		Date .....		Weight .....kg	
	1. Unintentional weight loss over 6 months	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2. Decreased nutritional intake (more than 7 days)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
3. BMI < 18.5 Kg/m <sup>2</sup> OR BMI ≥ 25.0 Kg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
4. Critically ill or Sub-Critically ill	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	Signature .....				Signature .....			



# NURSING DISCHARGE SUMMARY FORM, SIRIRAJ HOSPITAL

WARD.....
HN.....
AN.....

Name ..... Age ..... Resident / Doctor .....

Diagnosis .....

Admittance - Discharge Date ..... .....
Length of Stay .....

Treatment / Operation / Delivery .....

## Health Status before Discharge

<b>Vital signs:</b> Temp. .... °C HR ..... / min Resp ..... / min BP ..... mmHg	<b>Level of Consciousness:</b> <input type="checkbox"/> Alert, awake and oriented <input type="checkbox"/> Lethargic <input type="checkbox"/> Stuporous <input type="checkbox"/> Comatose	<b>Therapeutic Device:</b> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> NG Tube <input type="checkbox"/> Catheter ..... <input type="checkbox"/> Ostomy ..... <input type="checkbox"/> Other .....
---	---	--

## Continuing Health Problems

.....  
 .....  
 .....

## Health Information

<input type="checkbox"/> Medication ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> Environment & Economic ..... <input type="checkbox"/> Treatment..... <input type="checkbox"/> Health ..... ..... <input type="checkbox"/> Outpatient Referral ..... <input type="checkbox"/> Diet .....	<b>Information provided to:</b> <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Family <input type="checkbox"/> Other ..... ..... .....
--	---

Discharged by :  Doctor Permission  Involuntary  Escape  Refer .....

Discharged with:  Patient ID Card  Medication  Appointment Card  Medical Certificate  
 Health Payment Receipt  Patient's property  Other .....

## In Case of Death

Date of Death ..... Time of Death ..... Doctor .....

Transfer to:  Forensic  Pathology  Other .....

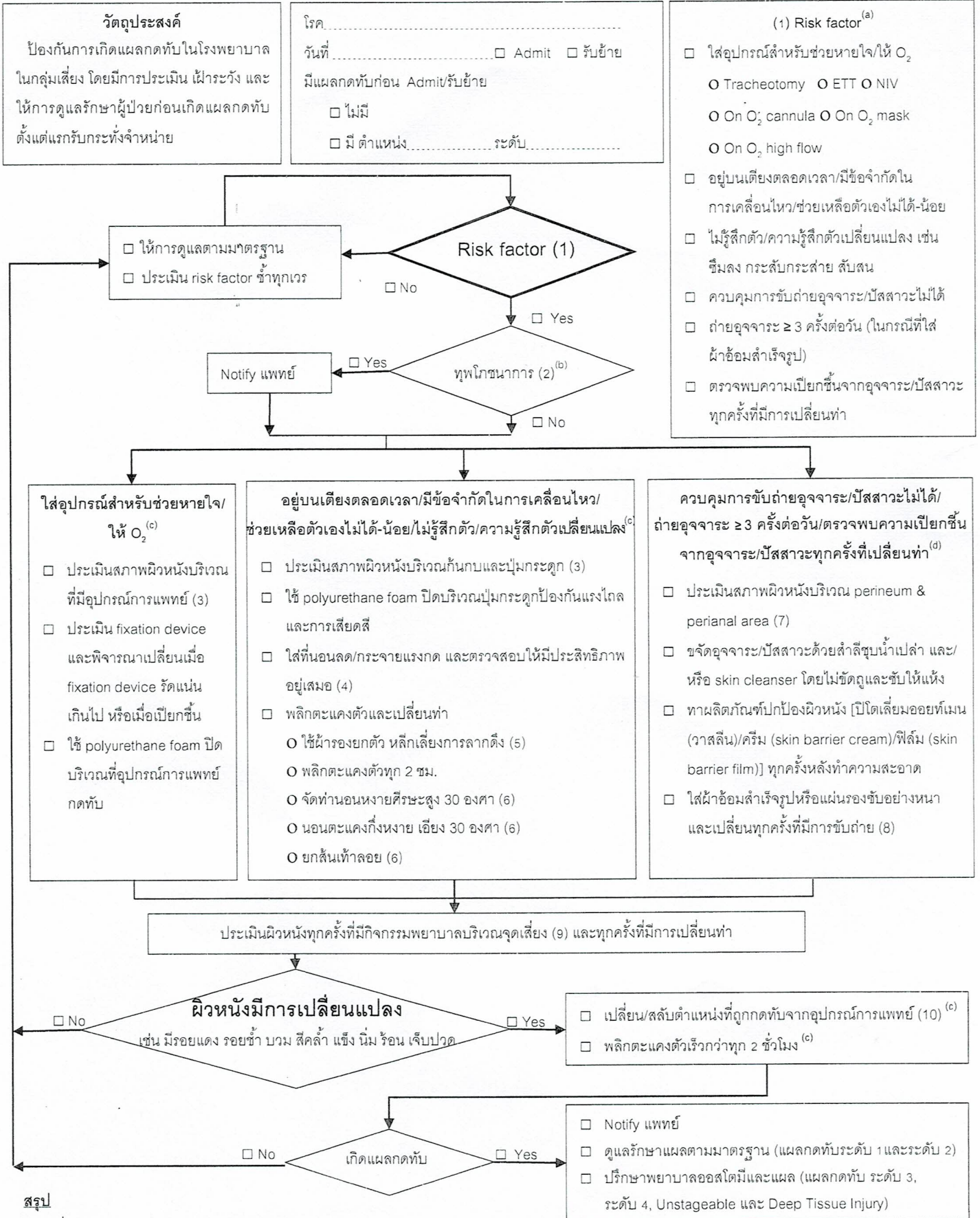
Patient's property was sent to:  Family ; Signature ..... ID No. ....  
 Other ..... ; Signature ..... ID No. ....



# แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

(Siriraj Concurrent Trigger Tool : Modify Early Warning Sign for Pressure Injury Prevention)

Sticker ผู้ป่วย





# แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก/หกล้ม สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ ในหอผู้ป่วยรพ.ศิริราช

## SiCTT : Fall Prevention in Adult Hospitalized Patient

Sticker ผู้ป่วย

**วัตถุประสงค์**  
ป้องกันการพลัดตก/หกล้ม โดยมีการประเมิน ใฝ่ระวัง และให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

โรค .....

วันที่.....  รับใหม่  รับย้าย

วันที่.....  จำหน่าย  ย้ายไป  ถึงแก่กรรม

**ตัวชี้วัด**

- การปฏิบัติ
  - อัตราการใช้ SiCTT : Fall Prevention 100%
  - อัตราการปฏิบัติตาม SiCTT : Fall Prevention 100%
- ผลลัพธ์
  - อัตราการพลัดตก/หกล้มภาพรวม (C-I)  $\leq 0.2$  ครั้ง/1000 วันนอน
  - อัตราการพลัดตก/หกล้ม Injury (D-I)  $\leq 0.1$  ครั้ง/1000 วันนอน

R0  No Risk / ชัยบั้นขาไม่ได้

**Risk Factors (1)**

R1  ขาอ่อนแรง/ทรงตัวไม่ดี/เวียน/หน้ามืด/วูบ/ได้รับยากลุ่มเสี่ยง (2)/มีอุปกรณ์การแพทย์ (3) หรืออื่นๆ ที่ให้การทรงตัวไม่ดี

R2  มีประวัติการพลัดตก/หกล้ม  $\geq 2$  ครั้ง/6 เดือน

R3  มีประวัติชักที่ยังควบคุมไม่ได้

R4  ได้รับยาระงับความรู้สึก under GA/Spinal/Epidural/Femoral nerve block 24 ชม.แรก/ง่วงซึม Sedation Score  $\geq 2$  (4) /ได้รับยากลุ่มเสี่ยงที่ทำให้ง่วงซึม

R5  ปีนเตียง/สับสน/หลุดลุดมดนั่ง/อาการทางจิตเวช ได้รับยากลุ่มเสี่ยงที่ทำให้สับสน

R6  ตามัว/ตาสายตาแคบ/เห็นภาพซ้อน

R7  กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่/ปัสสาวะหรืออุจจาระบ่อยกว่าปกติ

R8  มี Condition ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย Fall

E0  สิ่งแวดล้อมปลอดภัย

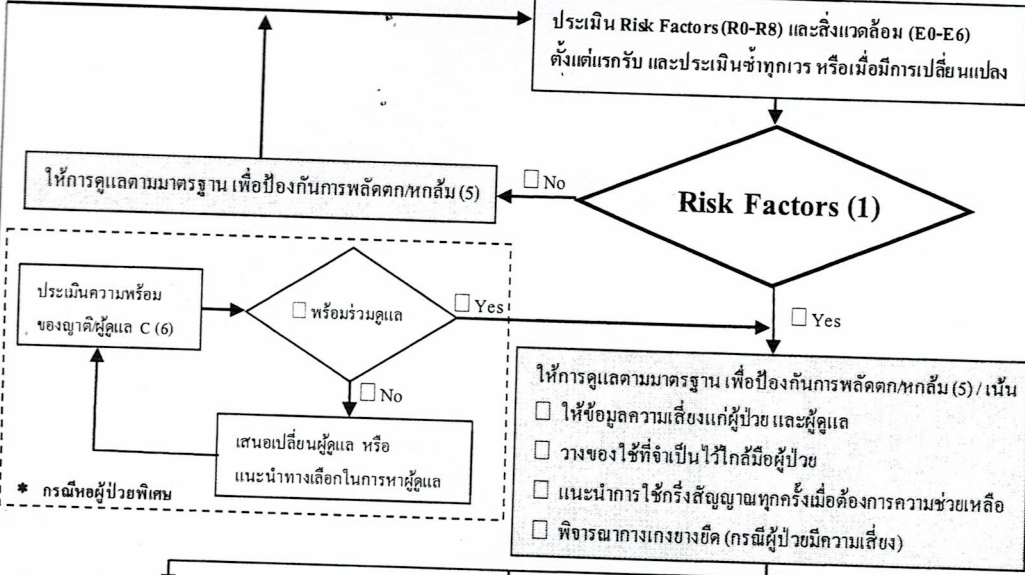
สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย

E1  เตียง E4  รองเท้า/ถุงเท้า

E2  กรรไกรสัญญาณ E5  พื้นห้อง/สิ่งกีดขวางราวจับ

E3  ผ้าถุงกางเกง E6  แสงสว่าง

หมายเหตุ แก้ไขทันที หากพบสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย



<b>R1 R2 R3 R8</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>
<input type="checkbox"/> ห้ามลงจากเตียง <u>กรณีสามารถลงจากเตียงได้อยู่ในระยะที่ฟื้นฟู</u> <input type="checkbox"/> ดูแลให้เปลี่ยนท่าและเคลื่อนไหวย่างช้าๆ <input type="checkbox"/> สอนและประเมินทักษะการใช้ อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (7) <input type="checkbox"/> ใช้เข็มขัด/ผ้ารัดเอวทุกครั้งเมื่อลงเดิน <input type="checkbox"/> ฝึกเดินอย่างปลอดภัยโดยมีผู้ดูแล	<input type="checkbox"/> ห้ามลงจากเตียง <u>เมื่อ</u> O Sedation score $\geq 2$ หรือ O ระดับอาการา ระดับ $\leq 1$ (8) <input type="checkbox"/> กรณีลงจากเตียงได้ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดทุกครั้งทีลงจากเตียง	<input type="checkbox"/> ห้ามลงจากเตียง <input type="checkbox"/> พิจารณาผูกยึดผู้ป่วย (9) <input type="checkbox"/> นำอุปกรณ์ช่วยเตือนการเคลื่อนไหวยของผู้ป่วยมาใช้ตามบริบทหน่วยงาน (10)	<input type="checkbox"/> จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งกีดขวางทางเดิน และจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ <input type="checkbox"/> มีผู้ดูแลทุกครั้งทีลุกจากเตียง และขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน <input type="checkbox"/> ให้ใช้แวนสายตาที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> จัดหาอุปกรณ์ช่วยย้ายข้างเตียง/ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป/Urinal with bag / Easy pass (11) <input type="checkbox"/> มีผู้ดูแลขณะช่วยย้าย ปัสสาวะ/อุจจาระ <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงดื่มชา/กาแฟ <input type="checkbox"/> แนะนำดื่มน้ำปริมาณน้อยในเวลากลางคืน

No →

Yes → **Notify แพทย์**

ปัญหาหอผู้ป่วย/อาการทางจิตเวชรุนแรงมากขึ้น  
ผู้ป่วยและญาติไม่ร่วมมือ

สรุปการเกิดอุบัติการณ์พลัดตก/หกล้ม

ไม่เกิด  เกิด ระดับ .....

วันที่ ...../...../..... เวลา .....