

## คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ทำการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมาย เพื่อลดภาระการจัดเก็บข้อมูลและการจัดทำรายงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ โดยมุ่งหวังให้ “หมออนามัย” มีเวลาในการดูแลและให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น รวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละระดับ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยไม่เพิ่มภาระกับเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะทำงานกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐานและระบบรายงาน (record, report) โดยมี นายแพทย์พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ สาธารณสุขนิเทศก์เขตบริการสุขภาพที่ 8 เป็นประธาน ได้มีการทบทวนการบันทึกและการจัดส่งข้อมูลของสถานบริการตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 50 แฟ้ม เพื่อลดภาระการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ และปรับโครงสร้างให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน โดยปรับในส่วนคำนิยาม การจัดเก็บข้อมูล และปรับโครงสร้างเพื่อให้ผู้จัดเก็บข้อมูล ผู้บันทึกข้อมูล ผู้ดูแลโปรแกรมและผู้ใช้ข้อมูล มีความเข้าใจตรงกัน จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บข้อมูลและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ Version 2.0 (1 ตุลาคม 2557) ปีงบประมาณ 2558 เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพมีแนวทางเป็นมาตรฐานเดียวกัน

การดำเนินการทบทวนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานส่วนกลางทุกหน่วยงาน และคณะทำงานทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะในการดำเนินการครั้งนี้ จึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

กันยายน 2557

# สารบัญ

	หน้า
1. ความเป็นมา	ข
2. วัตถุประสงค์	ค
3. การจัดส่งข้อมูล	ค
4. รูปแบบการรับส่งข้อมูล	ง
5. ประเภทของแฟ้มฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพ 50 แฟ้ม	จ
6. การติดตาม	ช
7. การประมวลผลเพื่อใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 แฟ้ม	ช
PERSON (1)	1
ADDRESS (2)	5
DEATH (3)	7
CHRONIC (4)	9
CARD (5)	11
HOME (6)	13
VILLAGE (7)	17
DISABILITY (8)	19
PROVIDER (9)	21
WOMEN (10)	23
DRUGALLERGY (11)	25
FUNCTIONAL (12)	28
ICF (13)	30
SERVICE (14)	32
DIAGNOSIS_OPD (15)	36
DRUG_OPD (16)	38
PROCEDURE_OPD (17)	40
CHARGE_OPD (18)	42
SURVEILLANCE (19)	44
ACCIDENT (20)	47
CHRONICFU (21)	50
LABFU (22)	53
ADMISSION (23)	55

DIAGNOSIS_IPD (24)	58
DRUG_IPD (25)	60
PROCEDURE_IPD (26)	62
CHARGE_IPD (27)	64

## หน้า

APPOINTMENT (28)	66
DENTAL (29)	68
REHABILITATION (30)	72
NCDSCREEN (31)	75
FP (32)	78
PRENATAL (33)	80
ANC (34)	82
LABOR (35)	84
POSTNATAL (36)	86
NEWBORN (37)	88
NEWBORNCARE (38)	90
EPI (39)	92
NUTRITION (40)	94
SPECIALPP (41)	96
COMMUNITY_ACTIVITY (42)	98
COMMUNITY_SERVICE (43)	99
CARE_REFER (44)	100
CLINICAL_REFER (45)	102
DRUG_REFER (46)	104
INVESTIGATION_REFER (47)	106
PROCEDURE_REFER (48)	108
REFER_HISTORY (49)	111
REFER_RESULT (50)	115

คู่มือการปฏิบัติงาน  
การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูล  
ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ  
กระทรวงสาธารณสุข  
Version 2.0 (1 ตุลาคม 2557)  
ปีงบประมาณ 2558

**คู่มือการปฏิบัติงาน**  
**การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ**  
**กระทรวงสาธารณสุข Version 2.0 (1 ตุลาคม 2557)**  
**ปีงบประมาณ 2558**

**1. ความเป็นมา**

กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดเก็บ และส่งออกข้อมูลเป็นฐานข้อมูลรายบุคคลจากสถานบริการทุกระดับ มายังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550 ในรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 18 แฟ้ม ในปี 2555 ได้ปรับเป็น 43 แฟ้ม และ 7 แฟ้ม เพื่อการส่งต่อข้อมูลการป่วย ซึ่งได้เพิ่มโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลของผู้ป่วยในและอื่นๆ ที่จำเป็น โดยสถานบริการทุกแห่งส่งข้อมูลรายบุคคลไปรวมที่คลังข้อมูลระดับจังหวัด(Data center) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมส่งมายังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ เพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพมาโดยตลอด แต่ยังพบปัญหาข้อมูลขาดคุณภาพและความน่าเชื่อถือ ขาดความถูกต้อง ขาดความครบถ้วน ขาดความครอบคลุมและไม่ทันเวลา สาเหตุสำคัญมี 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัญหาด้านระบบเทคโนโลยี มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการรับส่งข้อมูล ผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน 2) ปัญหาด้านบุคลากรผู้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการบันทึกข้อมูล และทักษะการใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูล 3) มีโปรแกรมหลากหลายจากหน่วยงานต่างๆ ส่งให้สถานบริการจัดเก็บและบันทึกข้อมูล มีการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต้องใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลประมาณ 40 เปอร์เซ็นต์ของเวลาทำงาน ทำให้เวลาในการดูแลประชาชนในพื้นที่น้อยลง และภาระงานกิจกรรมมีมาก เพื่อตอบสนองหน่วยงานแต่ละระดับ ทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวง สถานบริการบางแห่งจัดเก็บข้อมูล มุ่งหวังให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกองทุน ข้อมูลถูกบิดเบือนจากความเป็นจริง มีการจ้างเจ้าหน้าที่เพื่อบันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมออนามัย ได้สะท้อนปัญหาให้กระทรวงสาธารณสุขแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพจากหมออนามัย จนเกิดการเรียกร้องจากกระทรวงสาธารณสุขให้ “เอาหมอหน้าจอคืนไป เอาหมออนามัยคืนมา”

จากสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้มีการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมาย เพื่อลดภาระการจัดเก็บข้อมูลและการจัดทำรายงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ โดย

มุ่งหวังให้ “หมออนามัย” มีเวลาในการดูแลและให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น รวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละระดับ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยไม่เพิ่มภาระกับเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ

จากการทบทวนการพัฒนากระบวนการข้อมูลสุขภาพ และการประชุมประชาพิจารณ์ เพื่อทบทวน และรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ โดยในปีงบประมาณ 2558 เน้นในระดับ รพ.สต. และการดำเนินงานของคณะทำงานกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐานด้านสุขภาพและระบบรายงาน โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีข้อสรุปดังนี้

- ปรับโปรแกรม JHCIS ให้ง่ายต่อการใช้งานไม่ซับซ้อน ยกเลิกการบันทึกข้อมูลผ่านเว็บไซต์ และโปรแกรมย่อย ที่มีการบันทึกอยู่แล้วในโปรแกรม JHCIS

- ปรับลดการบันทึกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม ซึ่งมีแฟ้มที่ใช้ในสถานบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 36 แฟ้ม ไม่นับรวมแฟ้มที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยใน และผู้พิการ ได้พิจารณาแฟ้มที่จำเป็นที่ใช้ในสถานบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มี 31 แฟ้ม ดังนี้ PERSON, ADDRESS, CHRONIC, NEWBORN, PRENATAL, LABOR, HOME, PROVIDER, VILLAGE, DISABILITY, DRUGALLERGY, SERVICE, DIAGNOSIS\_OPD, SURVEILLANCE, DRUG\_OPD, PROCEDURE\_OPD, FP, EPI, NUTRITION, ANC, NEWBORNCARE, POSTNATAL, NCDScreen, CHRONICFU, LABFU, CHARGE\_OPD, ACCIDENT, COMMUNITY\_SERVICE, COMMUNITY\_ACTIVITY, DENTAL, REHABILITATION และมีจำนวน 5 แฟ้ม ที่ไม่ได้ใช้ในการประมวลผล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละจังหวัดที่ต้องการใช้ข้อมูล ได้แก่ แฟ้ม DEATH, CARD, WOMEN, APPOINTMENT และ SPECIALPP

- ลดการบันทึกข้อมูลในฟิลด์ที่ไม่จำเป็นในแต่ละแฟ้ม โดยสามารถดูรายละเอียดได้ในแต่ละแฟ้ม

- ปรับ/ลดการบันทึกข้อมูลในแฟ้ม NCDScreen และ FP
- ปรับตารางแสดงรายละเอียดของแฟ้ม เพื่อให้ผู้อ่านคู่มือ ผู้จัดเก็บข้อมูล ผู้บันทึกข้อมูล และผู้พัฒนาโปรแกรมมีความเข้าใจข้อมูลที่จะบันทึกในแต่ละฟิลด์ได้ถูกต้องมากขึ้น ดังนี้

- สำหรับผู้จัดเก็บข้อมูลหรือผู้บันทึกข้อมูล ควรศึกษารายละเอียด ชื่อแฟ้ม คำจำกัดความ ลักษณะแฟ้ม และคอลัมน์ที่ 1-4

- สำหรับผู้ดูแลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศระดับจังหวัด/ผู้พัฒนาโปรแกรม ควรศึกษาทั้งหมด

- คอลัมน์ที่ 4 “ควรบันทึก” ในกรณีที่ช่อง not null ไม่ระบุค่า Y ถ้าทราบข้อมูลให้บันทึกเพื่อใช้ในการค้นหาสอบสวน หรืออ้างอิงในกรณีต่าง ๆ

## 2. วัตถุประสงค์

2.1 ใช้เป็นคู่มือในจัดเก็บ/บันทึก/จัดส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2558

2.2 ใช้เป็นคู่มือในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้างข้อมูลสุขภาพ ตรวจสอบรหัสมาตรฐาน ปีงบประมาณ 2558

2.3 ใช้เป็นคู่มือในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับการจัดเก็บข้อมูล ในระดับปฏิบัติการเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

### 3. การจัดส่งข้อมูล

#### 3.1 ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ส่งข้อมูลรายบุคคลมายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด (Data center) เป็นรายวัน หรือรายสัปดาห์

#### 3.2 ระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์

1) โรงพยาบาลทุกแห่ง ส่งข้อมูลรายบุคคลมายังคลังข้อมูลระดับจังหวัด (Data center) เป็นรายวัน

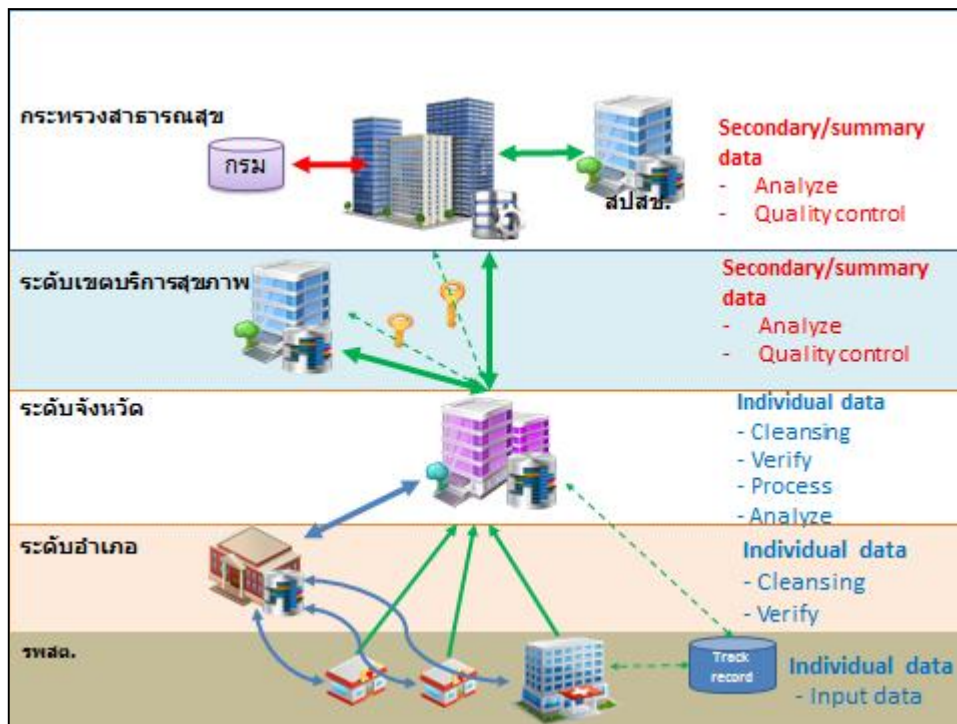
#### 3.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1) ส่งข้อมูลรายบุคคลของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์มายังกระทรวงสาธารณสุข (Data center) ตามระบบเดิม เป็นรายวัน

2) ประมวลผลการดำเนินงานตามมาตรฐานรายงาน (Standard report) ส่งข้อมูลเป็น Secondary/Summary data มายังเขตบริการสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านระบบที่กระทรวงกำหนด เป็นรายไตรมาส

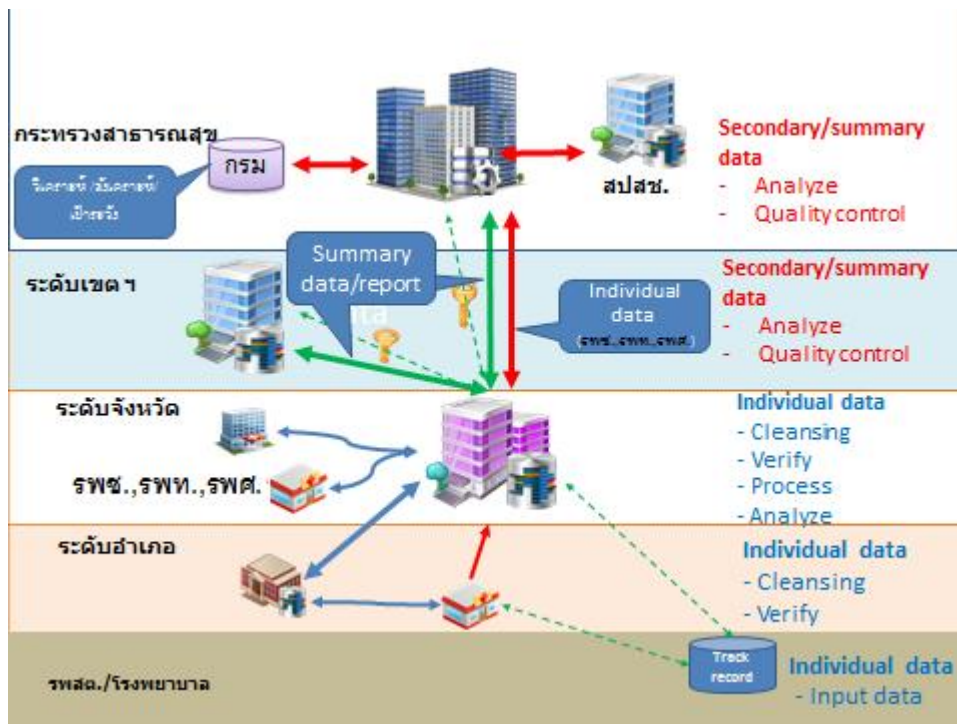
### 4. รูปแบบการรับส่งข้อมูล

#### 4.1 รูปแบบการรับส่งข้อมูลระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



#### 4.2 รูปแบบการรับส่งข้อมูลระดับ รพช., รพท., รพศ.





## 5. ประเภทของแฟ้มฐานข้อมูลโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 50 แฟ้ม

เมื่อพิจารณาจากลักษณะการจัดเก็บ หรือประเภทของการข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลของแต่ละสถานบริการสามารถแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ และแฟ้มบริการกึ่งสำรวจ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แฟ้มสะสม กำหนดให้จัดเก็บข้อมูลโดยการสำรวจปีละครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี กรณีที่มีผู้มารับบริการที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิมให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ มีจำนวน 14 แฟ้ม ดังนี้

1. PERSON
2. ADDRESS
3. DEATH\*
4. CHRONIC
5. CARD\*
6. WOMEN\*
7. NEWBORN
8. PRENATAL
9. LABOR

10. HOME
11. PROVIDER
12. VILLAGE
13. DISABILITY
14. DRUGALLERGY

2. แพ้มบริการ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งให้ส่วนกลาง  
ภายในรอบของเดือนนั้น ๆ มีจำนวน 27 แพ้ม ดังนี้

1. SERVICE
2. DIAGNOSIS\_OPD
3. APPOINTMENT\*
4. SURVEILLANCE
5. DRUG\_OPD
6. PROCEDURE\_OPD
7. CHRONICFU
8. LABFU
9. CHARGE\_OPD
10. ADMISSION
11. CHARGE\_IPD
12. DIAGNOSIS\_IPD
13. DRUG\_IPD
14. PROCEDURE\_IPD
15. ACCIDENT
16. COMMUNITY\_SERVICE
17. COMMUNITY\_ACTIVITY
18. DENTAL
19. FUNCTIONAL
20. ICF
21. CARE\_REFER
22. CLINICAL\_REFER

23. DRUG\_REFER
24. INVESTIGATION\_REFER
25. PROCEDURE\_REFER
26. REFER\_HISTORY
27. REFER\_RESULT

3. แพ้มบริการกิ่งสำรวจ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ พร้อมทั้งให้มีการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการที่สถานบริการอื่นและบันทึกข้อมูล และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ มีจำนวน 9 แพ้ม ดังนี้

1. FP
2. EPI
3. NUTRITION
4. ANC
5. NEWBORNCARE
6. POSTNATAL
7. NCDSCREEN
8. SPECIALPP\*
9. REHABILITATION

หมายเหตุ : \* แพ้มที่ส่วนกลางไม่ได้ใช้ในการประมวลผล

## 6. การติดตามและการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ ติดตามผลการดำเนินงานตัวชี้วัดและการประมวลผลรายงานมาตรฐาน ควบคุม/ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลร่วมกับกรมวิชาการ

## 7. การประมวลผลเพื่อใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลด้านสุขภาพ

- กระทรวงสาธารณสุขและเขตบริการสุขภาพ รับข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วในรูปแบบ Summary report ตาม Data set report จากการประมวลผลและออกรายงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน
- จำแนกระดับชั้นของข้อมูล ดังนี้

- ประเทศ
- เขตบริการสุขภาพ
- จังหวัดในเขตบริการสุขภาพ
- รายจังหวัด

- วิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อการป้องกันและเฝ้าระวัง โดยใช้ข้อมูลจาก individual

Hospital base

- ใช้ประโยชน์ข้อมูลที่ประมวลผลแล้วร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้สังกัด  
กระทรวงสาธารณสุขทั้งระดับกรม/กอง สำนักฯ เพื่อลดภาระในการจัดทำรายงานของสถานบริการ

## โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

Filename (1)

PERSON

version 2.0 (1 ต.ค. 57)

Definition

หมายถึง ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในเขตรับผิดชอบและผู้ที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย

- 1) ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ
- 2) ประชาชนทุกคนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ
- 3) ผู้มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลาง ภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก	✓	CID		C	13	
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓	PID	Y	C	15	Y
4	รหัสบ้าน	รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม HOME และรหัสนี้จะซ้ำกันได้หากบุคคลอาศัย อยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน อ้างอิงเพื่อค้นหาบ้านในแฟ้ม HOME (หลังคาเรือนในเขต รับผิดชอบ) กรณีที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ หมายเหตุ : กรณีไม่เป็นค่าว่างอ้างอิงตาม HID ในแฟ้ม HOME	✓	HID		C	14	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	คำนำหน้า	คำนำหน้าชื่อ อ้างอิงมาตรฐานตามกรมการปกครอง	✓	PRENAME		C	3	Y
6	ชื่อ	ชื่อ	✓	NAME		C	50	Y
7	นามสกุล	นามสกุล	✓	LNAME		C	50	Y
8	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่มีเลข ทะเบียนที่ต่างไปจาก PID		HN		C	15	
9	เพศ	1 = ชาย , 2 = หญิง	✓	SEX		C	1	Y
10	วันเกิด	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวัน เดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ.นั้นๆ)	✓	BIRTH		C	8	Y
11	สถานะสมรส	1 = โสด, 2 = คู่, 3 = ม่าย, 4 = หย่า, 5 = แยก, 6 = สมณะ, 9=ไม่ทราบ	✓	MSTATUS		C	1	
12	อาชีพ(รหัสเก่า)	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		OCCUPATION_OLD		C	3	
13	อาชีพ(รหัสใหม่)	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	OCCUPATION_NEW		C	4	
14	เชื้อชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง		RACE		C	3	
15	สัญชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง ถ้าไม่ทราบให้ระบุ 999 ตามรหัสมาตรฐาน	✓	NATION		C	3	Y
16	ศาสนา	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	RELIGION		C	2	
17	ระดับการศึกษา	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	EDUCATION		C	2	
18	สถานะในครอบครัว	1 = เจ้าบ้าน , 2 = ผู้อาศัย		FSTATUS		C	1	
19	รหัส CID บิดา	รหัสบัตรประชาชนของบิดา หมายเหตุ : กรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	✓	FATHER		C	13	
20	รหัส CID มารดา	รหัสบัตรประชาชนของมารดา หมายเหตุ : กรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	✓	MOTHER		C	13	
21	รหัส CID คู่สมรส	รหัสบัตรประชาชนของคู่สมรส		COUPLE		C	13	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
22	สถานะในชุมชน	1 = กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, 2 = อสม., 3 = แพทย์ประจำตำบล, 4 = สมาชิกอบต., 5 = อื่นๆ	✓	VSTATUS		C	1	
23	วันที่ย้ายเข้ามาเขตพื้นที่	วันเดือนปีที่ย้ายเข้า ในเขตรับผิดชอบ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)		MOVEIN		C	8	
24	สถานะ/สาเหตุการจำหน่าย	1 = ตาย , 2 = ย้าย , 3 = สบสูญ , 9 = ไม่จำหน่าย	✓	DISCHARGE		C	1	
25	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (No.24) เป็น 1 = ตาย , 2 = ย้าย , 3 = สบสูญ		DDISCHARGE		C	8	
26	หมู่เลือด	1 = A , 2 = B , 3 = AB , 4 = O	✓	ABOGROUP		C	1	
27	หมู่เลือด RH	1 = positive , 2 = negative	✓	RHGROUP		C	1	
28	รหัสความเป็นคนต่างด้าว	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : เฉพาะกรณีที่เป็นประชากรต่างด้าว	✓	LABOR		C	2	
29	เลขที่ passport	เลขที่ passport หมายเหตุ : กรณีที่เป็นประชากรต่างด้าวที่มีเลขที่ passport		PASSPORT		C	8	
30	สถานะบุคคล	1=มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 2= มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง 3= มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ(ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ)แต่ทะเบียนบ้าน อยู่นอกเขตรับผิดชอบ 4= ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามารับ บริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 5=มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่ได้ชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ เช่น คน เร่ร่อน ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น	✓	TYPEAREA		C	1	Y

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

หมายเหตุ : ลำดับที่ 12 ไม่ใช่สำหรับประมวลผลข้อมูล



## Filename (2)

## ADDRESS

### Definition

หมายถึง ข้อมูลที่อยู่ของผู้ที่มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ หรือประชาชนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบแต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบแต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
- 2) ผู้มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

### หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
  - ประชาชนผู้ที่ย้ายในเขตรับผิดชอบ ข้อมูลที่อยู่ จะอยู่ในแฟ้ม HOME สำหรับข้อมูลที่อยู่ในแฟ้ม ADDRESS จะบันทึกเฉพาะข้อมูลที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
- เฉพาะกรณีที่ย้ายบ้านไม่ตรงกับที่อยู่จริงในเขตรับผิดชอบเท่านั้น

### ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

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

Filename (3)	DEATH	ส่วนกลางไม่ได้ใช้แฟ้มนี้
--------------	-------	--------------------------

Definition	<p>หมายถึง ข้อมูลประวัติการเสียชีวิตของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ</li> <li>2) ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ</li> </ol> <p>หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ</li> <li>- กรณีเสียชีวิตในสถานพยาบาล สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูล</li> <li>- สถานบริการระดับปฐมภูมิจะบันทึกข้อมูลประชาชนในเขตรับผิดชอบที่เสียชีวิต เฉพาะกรณีเสียชีวิตนอกสถานพยาบาล</li> </ul> <p>และกรณีเสียชีวิตในสถานพยาบาลที่อยู่นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
------------	--

## ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้เสียชีวิตหลังเดือนสิงหาคม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
3. กรณีที่มีผู้มารับบริการแล้วเสียชีวิตรายใหม่ หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการที่เสียชีวิตรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลาง

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควร บันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับ บริการแต่ละครั้ง (visit) โดยเป็นครั้งที่เสียชีวิต		SEQ		C	16	
6	วันที่ตาย	วันเดือนปีที่ตาย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)		DDEATH		D	8	Y
7	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_a	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_A		C	6	Y
8	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_b	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_B		C	6	
9	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_c	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_C		C	6	
10	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_d	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_D		C	6	
11	รหัสโรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุ	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		ODISEASE		C	6	
12	สาเหตุการตาย	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงตามรหัส ICD10TM ยกเว้นรหัส S,T,Z เนื่องจาก รหัส S,T เป็นการให้รหัสการบาดเจ็บและการเป็นพิษ ส่วนรหัส Z เป็นรหัสการให้บริการ ด้านสุขภาพ		CDEATH		C	6	Y
13	การตั้งครรภ์และการคลอด	1 = เสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์, 2= เสียชีวิตระหว่างคลอดหรือหลังคลอดภายใน 42 วัน, 3 = ไม่ตั้งครรภ์ , 4 = ผู้ชาย ,9 = ไม่ทราบ (ตัด 3 4 9 ออก) หมายเหตุ : เฉพาะหญิงตั้งครรภ์		PREGDEATH		C	1	
14	สถานที่ตาย	1=ในสถานพยาบาล, 2=นอกสถานพยาบาล		PDEATH		C	1	Y
15	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน		PROVIDER		C	15	
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y

## Filename (4)

### Definition

## CHRONIC

หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาล ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

### หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรักษาโดยสถานพยาบาลอื่น จะเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบที่ครบถ้วน
- ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค ก็จะมีมากกว่า 1 record และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิมสำหรับโรคนั้น ของผู้ป่วยรายนั้น

## ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	วันที่ตรวจพบครั้งแรก	วันเดือนปีที่ตรวจพบครั้งแรก หมายเหตุ : วันเดือนปีที่ได้รับการวินิจฉัย/ตรวจพบครั้งแรก	✓	DATE_DIAG		D	8	
4	รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคเรื้อรัง)	✓	CHRONIC	Y	C	6	Y
5	สถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก	รหัสสถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก	✓	HOSP_DX		C	5	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	สถานพยาบาลที่รับบริการประจำ	รหัสสถานพยาบาลที่ไปรับบริการประจำ		HOSP_RX		C	5	
7	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : บันทึกกรณีที่สามารถระบุประเภทการจำหน่าย หรือ สถานะของผู้ป่วยที่ ทราบผลหลังสุด (No. 8) ยกเว้น 03 = ยังรักษาอยู่, 05 = รอจำหน่าย/เฝ้าระวัง	✓	DATE_DISCH		D	8	
8	ประเภทการจำหน่าย หรือสถานะ ของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด	01 = หาย , 02 = ตาย , 03 = ยังรักษาอยู่ , 04 = ไม่ทราบ(ไม่มีข้อมูล) , 05 = รอจำหน่าย/เฝ้าระวัง, 06 = ขาดการรักษาไม่มาติดต่ออีก (ทราบว่าขาดการรักษา), 07 = ครบการรักษา, 08 = โรคอยู่ในภาวะสงบ (inactive) ไม่มีความจำเป็นต้องรักษา, 09 = ปฏิเสธการรักษา, 10 = ออกจากพื้นที่	✓	TYPEDISCH		C	2	Y
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 6 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

Filename (5)	CARD	ส่วนกลางไม่ได้ใช้แฟ้มนี้
--------------	------	--------------------------

**Definition**

หมายถึง ข้อมูลประวัติการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย

- 1) ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ
- 2) ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

**หมายเหตุ**

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ข้อมูลการมีหลักประกันสุขภาพบันทึกทุกสิทธิที่มี และหากมีสิทธิใดที่สิ้นสุด ให้บันทึกวันที่สิ้นสุดของสิทธินั้น

**ลักษณะแฟ้ม**

**แฟ้มสะสม**

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
8	สถานบริการหลัก	รหัสสถานพยาบาลหลักคู่สัญญา กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคม ตามมาตราฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : บันทึกกรณีประเภทสิทธิการรักษา เป็นสิทธิ UC		MAIN		C	5	
9	สถานบริการรอง	รหัสสถานพยาบาลปฐมภูมิ กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสถานพยาบาลใน เครือข่าย 1 แห่ง (ถ้ามี) สำหรับประกันสังคม ตามมาตราฐานจาก สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : บันทึกกรณีประเภทสิทธิการรักษา เป็นสิทธิ UC		SUB		C	5	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	(YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		D_UPDATE		DT	14	Y



## Filename (6)

## HOME

### Definition

หมายถึง ข้อมูลที่ตั้งและสุขภาพของหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) หลังคาเรือนทุกหลังในเขตรับผิดชอบ

### หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- 1 หลังคาเรือน จะมีเพียง 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเขตรับผิดชอบ ทำให้หลังคาเรือนนั้นอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ให้บันทึกวันที่แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

### ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีหลังคาเรือนใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของหลังคาเรือนเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
11	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร		VILLANAME		C	255	
12	หมู่ที่	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)		VILLAGE		C	2	
13	ตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	TAMBON		C	2	
14	อำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	AMPUR		C	2	
15	จังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	CHANGWAT		C	2	
16	เบอร์โทรศัพท์	เบอร์โทรศัพท์ เสนอปรับความกว้างเป็น 21	✓	TELEPHONE		C	15	
17	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ละติจูด)	พิกัดละติจูดของครัวเรือน จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	✓	LATITUDE		N	10	
18	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของครัวเรือน จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	✓	LONGITUDE		N	10	
19	จำนวนครอบครัว	เป็นตัวเลข เช่น 1,2,3 เป็นต้น หากไม่มีใส่ 0	✓	NFAMILY		C	2	
20	ที่ตั้ง	1 = ในเขตเทศบาล , 2 = นอกเขตเทศบาล	✓	LOCATYPE		C	1	
21	รหัส อสม.	มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON		VHVID		C	15	
22	รหัส เจ้าบ้าน	มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON		HEADID		C	15	
23	การมีส้วม	0 = ไม่มี, 1 = มี , 9 = ไม่ทราบ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.		TOILET		C	1	
24	น้ำดื่มพอเพียง	0 = ไม่เพียงพอ, 1 = เพียงพอ , 9 = ไม่ทราบ		WATER		C	1	
25	ประเภทแหล่งน้ำดื่ม	1 = น้ำฝน, 2 = น้ำประปา, 3 = น้ำบาดาล, 4 = บ่อน้ำตื้น, 5= สระน้ำ แม่น้ำ, 6 = น้ำบรรจุเสร็จ, 9 = ไม่ทราบ		WATERTYPE		C	1	
26	วิธีกำจัดขยะ	1 = ผัง , 2 = เผา , 3 = หมักทำปุ๋ย , 4 = ส่งไปกำจัดที่อื่น, 9 = ไม่ทราบ		GARBAGE		C	1	
27	การจัดบ้านถูกหลัก	0 = ไม่ถูก, 1 = ถูก , 9 = ไม่ทราบ		HOUSING		C	1	
28	ความคงทน	1 = คงทน 1-4 ปี, 2 = คงทน 5 ปีขึ้นไป, 3 = ไม่คงทน, 9 = ไม่ทราบ		DURABILITY		C	1	
29	ความสะอาด	0 = ไม่สะอาด, 1 = สะอาด , 9 = ไม่ทราบ		CLEANLINESS		C	1	
30	การระบายอากาศ	0 = ไม่ระบาย, 1 = ระบาย , 9 = ไม่ทราบ		VENTILATION		C	1	
31	แสงสว่าง	0 = ไม่เพียงพอ, 1 = เพียงพอ , 9 = ไม่ทราบ		LIGHT		C	1	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
32	การกำจัดน้ำเสียในครัวเรือน	0 = ไม่กำจัด, 1 = กำจัด , 9 = ไม่ทราบ		WATERTM		C	1	
33	สารปรุงแต่งในครัว	0 = ไม่ใช้, 1 = ใช้ , 9 = ไม่ทราบ		MFOOD		C	1	
34	การควบคุมแมลงนำโรค	0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม , 9 = ไม่ทราบ		BCONTROL		C	1	
35	การควบคุมสัตว์นำโรค	0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม , 9 = ไม่ทราบ		ACONTROL		C	1	
36	การจัดเก็บสารเคมีอันตรายในบ้าน	0 = ไม่มี, 1 = มี (เช่น ยาฆ่าแมลง น้ำยาล้างห้องน้ำ), 9 = ไม่ทราบ		CHEMICAL		C	1	
37	วันที่แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ	วันที่หลังคาเรือนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณีแบ่งพื้นที่ใหม่ กรณีไม่เป็นค่าว่าง มีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		OUTDATE		DT	14	
38	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 23-37 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

Filename (7)

Definition

VILLAGE

หมายถึง ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) ชุมชนหรือหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
12	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน		NPSCHOOL		N	2	
13	จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา	จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน		NSSCHOOL		N	2	
14	จำนวนวัด	จำนวนวัด ในชุมชนหรือหมู่บ้าน		NTEMPLE		N	2	
15	จำนวนศาสนสถานอื่นๆ	จำนวนศาสนสถาน เช่น โบสถ์ มัสยิด สถานปฏิบัติธรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน		NRELIGIOUSPLACE		N	2	
16	จำนวนตลาดสด	จำนวนตลาดสด ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓	NMARKET		N	2	
17	จำนวนร้านขายของชำ	จำนวนร้านขายของชำ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน		NSHOP		N	3	
18	จำนวนร้านอาหาร	จำนวนร้านอาหาร ในชุมชนหรือหมู่บ้าน		NFOODSHOP		N	3	
19	จำนวนหาบเร่ แผงลอย	จำนวนหาบเร่ แผงลอย ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ที่มาเป็นประจำ		NSTALL		N	3	
20	จำนวนถังเก็บน้ำฝน	จำนวนถังเก็บน้ำฝน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน		NRAINTANK		N	3	
21	จำนวนฟาร์มสัตว์ปีก	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสัตว์ปีก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓	NCHICKENFARM		N	3	
22	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสุกร	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสุกร ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓	NPIGFARM		N	3	
23	บ่อกำจัดน้ำเสียในชุมชน	1= มีบ่อกำจัดน้ำเสีย, 2= ไม่มีบ่อกำจัดน้ำเสีย	✓	WASTEWATER		C	1	
24	สถานที่กำจัดขยะในชุมชน	1= ไม่มีสถานที่กำจัดขยะ, 2= มีสถานที่ฝังกลบ, 3= มีสถานที่เผาขยะ, 4= มีสถานที่ย่อยทำลายขยะ, 5= ขนส่งไปทิ้งที่อื่น, 9= กำจัดขยะด้วยวิธีอื่น	✓	GARBAGE		C	1	
25	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓	NFACTORY		N	3	
26	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ละติจูด)	พิกัดละติจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	✓	LATITUDE		N	10	
27	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	✓	LONGITUDE		N	10	
28	วันที่แยกชุมชนออกนอกเขต	วันที่ชุมชนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณีแบ่งพื้นที่ใหม่ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDD โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		OUTDATE		D	8	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
29	จำนวนแหล่งอบายมุข	บ่อนการพนัน สถานบริการทางเพศ คาราโอเกะ ผับบาร์ รวมทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลขมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับศูนย์		NUMACTUALLY		N	2	
30	ประเภทของความเสี่ยงต่อภัยพิบัติ	ลักษณะความเสี่ยงต่อภัยพิบัติทางธรรมชาติ	✓	RISKTYPE		C	3	
31	จำนวนชุมชนต่างด้าว	จำนวนชุมชนต่างด้าวในหมู่บ้าน	✓	NUMSTATELESS		N	3	
32	จำนวนชมรมออกกำลังกาย	จำนวนชมรมออกกำลังกาย ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓	NEXERCISECLUB		N	3	
33	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓	NOLDERLYCLUB		N	3	
34	จำนวนชมรมผู้พิการ	จำนวนชมรมผู้พิการ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓	NDISABLECLUB		N	3	
35	จำนวนชมรม To Be Number 1	จำนวนชมรม To Be Number 1 ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓	NNUMBERONECLUB		N	3	
36	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาที่วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

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

## Filename (8)

### Definition

## DISABILITY

หมายถึง ข้อมูลผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) ผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

### หมายเหตุ

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

## ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
4	ประเภทความพิการ	รหัสประเภทความพิการ (7 ประเภท)	✓	DISABTYPE	Y	C	1	Y
5	สาเหตุความพิการ	1 = ความพิการแต่กำเนิด, 2 = ความพิการจากการบาดเจ็บ, 3 = ความพิการจากโรค	✓	DISABCAUSE		C	1	
6	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของความพิการ	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บตาม ICD - 10 - TM ที่เป็นสาเหตุของความพิการ	✓	DIAGCODE		C	6	
7	วันที่ตรวจพบความพิการ	วันเดือนปีที่ตรวจพบความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓	DATE_DETECT		D	8	Y
8	วันที่เริ่มมีความพิการ	วันเดือนปีที่เริ่มมีความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓	DATE_DISAB		D	8	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y



## Filename (9)

### Definition

## PROVIDER

หมายถึง ข้อมูลผู้ให้บริการของสถานพยาบาล ประกอบด้วย

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

หมายเหตุ

- บุคลากรผู้ให้บริการ หมายถึง ทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- บุคลากร 1 คน จะมี 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของบุคลากรผู้ให้บริการ จะบันทึกใน record เดิม ของบุคลากรคนนั้น

### ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มสะสม

1. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
2. กรณีที่มีผู้ให้บริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้บริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลาง ภายในในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

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

Filename (10)	WOMEN	ส่วนกลางไม่ได้ใช้แฟ้มนี้
---------------	-------	--------------------------

Definition หมายถึง ข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

1) หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี ที่อยู่กินกับสามี ทั้งที่แต่งงานและไม่แต่งงาน ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- หญิงวัยเจริญพันธุ์ 1 คน จะมี 1 record เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิม

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

- เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ กำหนดให้ทำการสำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
- กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
8	จำนวนทารกตายในครรภ์ หรือ ตายคลอด	จำนวนทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด เป็นเลขจำนวนเต็ม หากไม่มี ใส่ 0 บันทึกเฉพาะกรณีที่บุตรตายในครรภ์หรือตายคลอด		STILLBIRTH		N	2	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y

Filename (11)

DRUGALLERGY

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

หมายเหตุ

- ข้อมูลประวัติการแพ้ยา อาจจะได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากสถานพยาบาลอื่น หรือจากการพบอาการแพ้ยาโดยสถานพยาบาลผู้ให้บริการเอง
- การแพ้ยา 1 ชนิด จะมี 1 record หากแพ้ยามากกว่า 1 ชนิด จะมีมากกว่า 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

- 1. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลาง ภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคล ในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	วันที่บันทึกประวัติการแพ้ยา	วันที่บันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยา หมายเหตุ : วันที่ตรวจพบอาการแพ้ และ กรณีบันทึกย้อนหลัง ให้บันทึกวันที่รับบริการ จริง	✓	DATERECORD		D	8	Y
4	รหัสยาที่มีประวัติการแพ้ยา	รหัสยาตามฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มี รหัสมาตรฐาน 24 หลัก	✓	DRUGALLERGY	Y	C	24	Y
5	ชื่อยา	ชื่อยา	✓	DNAME		C	255	

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

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

หมายเหตุ : ลำดับที่ 8,10 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

## Filename (12)

## FUNCTIONAL

### Definition

หมายถึง ข้อมูลการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1) กลุ่มเป้าหมายผู้ที่ได้รับการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ โดยโรงพยาบาล

### หมายเหตุ

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

### ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ประเมินความบกพร่อง	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่มารับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	วิธีประเมินความบกพร่อง	รหัสชนิดของเครื่องมือประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ	✓	FUNCTIONAL_TEST	Y	C	2	Y
6	คะแนนความบกพร่อง	ผลการประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ (ระดับคะแนน)		TESTRESULT		C	3	Y
7	ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ	1= ไม่พึ่งพิง, 2= พึ่งพิงน้อย, 3= พึ่งพิงมาก	✓	DEPENDENT		C	1	
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	



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

## Filename (13)

### Definition

## ICF

หมายถึง ข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพ ความสามารถ และปัจจัยอื่นๆ กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) ผู้พิการ ที่มารับบริการในโรงพยาบาล

### หมายเหตุ

- ผู้พิการที่มารับบริการที่โรงพยาบาล (ไม่รวมรพ.สต.) และบันทึกเฉพาะรหัสมาตรฐาน 60 รหัสของ ICF ที่กำหนดโดยกระทรวงฯ
- กลุ่มเป้าหมายแต่ละราย ในการประเมินแต่ละครั้ง จะมีสภาวะสุขภาพตาม ICF ได้มากกว่า 1 record ตามหลักเกณฑ์การประเมินตาม ICF

## ลักษณะแฟ้ม

## แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพพลภาพ(ออกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)	✓	DISABID		C	13	
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
4	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
5	วันที่ประเมินสภาวะสุขภาพ	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERRV		D	8	Y
6	รหัสสภาวะสุขภาพ	รหัสสภาวะสุขภาพ ตามมาตรฐาน ICF	✓	ICF	Y	C	6	Y
7	ระดับของสภาวะสุขภาพ	ระดับของสภาวะสุขภาพ (ICF) ที่ประเมินได้ แบ่งเป็น 0-4 ,8 และ 9		QUALIFIER		C	1	Y

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

Filename (14)

SERVICE

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้ที่มาใช้บริการและการให้บริการนอกสถานพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยทุกคนที่มาใช้บริการทุกครั้ง
- 2) ผู้ที่มาใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสภาพทุกครั้ง
- 3) การให้บริการนอกสถานพยาบาล

หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งการให้บริการในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล
- ข้อมูลการให้บริการ 1 ครั้ง มี 1 record และอาจจะมีการรับบริการหลายอย่างในการรับบริการครั้งเดียวกันได้ โดยจะมีเลขที่ SEQ เดียวกัน

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

1 visit หมายถึงการมารับบริการครั้งใดๆ แม้ว่าจะมารับบริการหลายคลินิกก็ตาม (ทุกคลินิกที่มาใช้บริการในครั้งนั้นๆ ใช้ seq เดียวกัน)

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับ บริการแต่ละครั้ง (visit)  หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
5	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)  หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
6	เวลาที่ให้บริการ	เวลาที่มารับบริการ กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)		TIME_SERV		C	6	
7	ที่ตั้งของที่อยู่ผู้รับบริการ	1 = ในเขตรับผิดชอบ, 2 = นอกเขตรับผิดชอบ		LOCATION		C	1	
8	เวลามารับบริการ	1 = ในเวลาราชการ, 2 = นอกเวลาราชการ		INTIME		C	1	
9	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓	INSTYPE		C	4	Y
10	เลขที่บัตรสิทธิ	หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา		INSID		C	18	
11	สถานบริการหลัก	รหัสมาตรฐานจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	MAIN		C	5	
12	ประเภทการมารับบริการ	1 = มารับบริการเอง, 2 = มารับบริการตามนัดหมาย, 3 = ได้รับการส่งต่อจาก สถานพยาบาลอื่น, 4 = ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS	✓	TYPEIN		C	1	Y
13	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารักษาต่อ	✓	REFERINHOSP		C	5	
14	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEIN		C	1	
15	อาการสำคัญ	อาการสำคัญที่มารับบริการ	✓	CHIEFCOMP		C	255	
16	สถานที่รับบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
17	อุณหภูมิร่างกายแรกจับ	อุณหภูมิร่างกายแรกจับ (เซลเซียส) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	BTEMP		N	4	
18	ความดันโลหิตซิสโตลิกแรกจับ	ความดันโลหิต ซิสโตลิก แรกจับ (มม.ปรอท) หมายเหตุ : ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	✓	SBP		N	3	
19	ความดันโลหิตไดแอสโตลิกแรกจับ	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) หมายเหตุ : ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	✓	DBP		N	3	
20	อัตราการเต้นของชีพจร	อัตราการเต้นของชีพจร (ครั้งต่อนาที)	✓	PR		N	3	
21	อัตราการหายใจ	อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที)	✓	RR		N	3	
22	สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ	1 = จำหน่ายกลับบ้าน, 2 = รับไว้รักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน, 3 = ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น, 4 = เสียชีวิต, 5 = เสียชีวิตก่อนมาถึง สถานพยาบาล, 6 = เสียชีวิตระหว่างส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น, 7= ปฏิเสธการรักษา, 8 = หนีกลับ	✓	TYPEOUT		C	1	Y
23	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	✓	REFEROUTHOSP		C	5	
24	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEOUT		C	1	
25	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)		COST		N	11	
26	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	✓	PRICE		N	11	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
27	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	✓	PAYPRICE		N	11	Y
28	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์	✓	ACTUALPAY		N	11	Y
29	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		Dt	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 7,10 , 25 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

Filename (15)

DIAGNOSIS\_OPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัส ICD-10 ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

หมายเหตุ

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

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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



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

Filename (16)

DRUG\_OPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกข้อมูลการให้ยาด้วยรหัสยา ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- การให้ยา 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการให้ยามากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	✓	CLINIC		C	5	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของ สถานพยาบาล	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มี รหัสยามาตรฐาน 24 หลัก	✓	DIDSTD	Y	C	24	Y
7	ชื่อยา	ชื่อยา	✓	DNAME		C	255	
8	จำนวน	จำนวนยาที่จ่าย	✓	AMOUNT		N	12	
9	หน่วยนับของยา	รหัสมาตรฐานจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์		UNIT		C	3	
10	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT ใช้สำหรับยาที่มีการแบ่งบรรจุเพื่อการจ่าย ยาที่เหมาะสม เช่น ยาน้ำ หรือ ยากลุ่มที่มีทะเบียนยาเดียวกันแต่มีขนาดบรรจุต่างกัน ของบางบริษัท และอาจเป็นค่า NULL ได้		UNIT_PACKING		C	20	
11	ราคาขาย	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ หมายเหตุ : ราคาขายทั้งหมด	✓	DRUGPRICE		N	11	
12	ราคาทุน	ราคาซื้อหรือราคายาที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย)		DRUGCOST		N	11	
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาที่วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 10, 12 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

## Filename (17)

## PROCEDURE\_OPD

### Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัสหัตถการ ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น

### หมายเหตุ

- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- หัตถการ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 หัตถการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน
- ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQ

### ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สनย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	✓	CLINIC		C	5	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	รหัสหัตถการ	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ)	✓	PROCEDCODE	Y	C	7	Y
7	ราคาค่าหัตถการ	ราคาค่าบริการหัตถการ มีทศนิยม 2 ตำแหน่ง	✓	SERVICEPRICE		N	11	
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

## Filename (18)

## CHARGE\_OPD

### Definition

หมายถึง ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยนอกผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

### หมายเหตุ

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

### ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สनย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	✓	CLINIC		C	5	Y
6	หมวดของค่าบริการ	รหัสหมวดของค่าบริการตามมาตรฐาน สนย.	✓	CHARGEITEM	Y	C	2	Y
7	รหัสรายการค่าบริการ	รหัสรายการค่าบริการที่เบิก เป็นรายการย่อย หากไม่มีการบันทึกรายการย่อย ให้ใส่ค่าเป็น '000000'		CHARGELIST	Y	C	6	Y
8	จำนวนหน่วยที่เบิก	จำนวนหน่วยที่เบิก	✓	QUANTITY		N	11	
9	สิทธิการรักษาที่เบิก	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓	INSTYPE	Y	C	4	Y
10	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)		COST		N	11	
11	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	✓	PRICE		N	11	Y
12	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	✓	PAYPRICE		N	11	
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 10 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

Filename (19)

SURVEILLANCE

Definition

หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังที่มารับบริการ ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ และผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยที่มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
  - การรายงานโรค 1 โรค จะมี 1 record หากผู้ป่วยมีโรคที่ต้องเฝ้าระวังมากกว่า 1 โรค ก็จะมีมากกว่า 1 record
  - หากมีการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยโรค ในการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน ถึงแม้จะมาสถานพยาบาลหลายครั้ง
- ให้บันทึกวินิจฉัยโรคล่าสุด ใน record เดิมของการรายงานโรคครั้งแรกของการเจ็บป่วยครั้งนั้น เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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



No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีที่นอนโรงพยาบาลเท่านั้น	✓	AN		C	9	
6	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีที่นอนโรงพยาบาลเท่านั้น	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	
7	รหัสกลุ่มอาการที่เฝ้าระวัง	รหัสกลุ่มอาการหรืออาการที่ต้องเฝ้าระวัง (syndromic surveillance) สำหรับโรคติดต่อ และโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม		SYNDROME		C	4	
8	รหัสการวินิจฉัยแรกรับ	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา) เมื่อแรกรับ	✓	DIAGCODE	Y	C	6	Y
9	รหัส 506 แรกรับ	รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา เมื่อแรกรับ หมายเหตุ : อ้างอิงรหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา	✓	CODE506		C	2	Y
10	รหัสการวินิจฉัยล่าสุด	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา) จากวินิจัยล่าสุด	✓	DIAGCODELAST		C	6	
11	รหัส 506 ล่าสุด	รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา จากวินิจัยล่าสุด หมายเหตุ : อ้างอิงรหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา	✓	CODE506LAST		C	2	
12	วันที่เริ่มป่วย	วันเดือนปีที่เริ่มป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓	ILLDATE		D	8	Y
13	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่ และถนน หรือซอย หมายเหตุ : ชณะป่วย		ILLHOUSE		C	75	
14	รหัสหมู่บ้าน	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) หมายเหตุ : ชณะป่วย		ILLVILLAGE		C	2	Y
15	รหัสตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ชณะป่วย	✓	ILLTAMBON		C	2	Y
16	รหัสอำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ชณะป่วย	✓	ILLAMPUR		C	2	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
17	รหัสจังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ขณะป่วย	✓	ILLCHANGWAT		C	2	Y
18	พิกัดที่อยู่(ละติจูด)	พิกัดละติจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง		LATITUDE		N	10	
19	พิกัดที่อยู่(ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง		LONGITUDE		N	10	
20	สภาพผู้ป่วย	1 = หาย , 2 = ตาย , 3 = ยังรักษาอยู่ , 9 = ไม่ทราบ	✓	PTSTATUS		C	1	Y
21	วันที่ตาย	วันเดือนปีที่เสียชีวิต กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓	DATE_DEATH		D	8	
22	สาเหตุการป่วย	รหัสแยกสาเหตุการป่วย ของกลุ่มโรคที่มีการแยกสาเหตุการป่วย เช่น อุบัติเหตุ ฯลฯ		COMPLICATION		C	3	
23	ชนิดของเชื้อโรค	รหัสชนิดของเชื้อโรค ของกลุ่มโรคที่ต้องการบ่งชี้ชนิดของเชื้อโรค เช่น บิด ฯลฯ		ORGANISM		C	4	
24	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
25	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

Filename (20)

## ACCIDENT

Definition

หมายถึง ข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาล และแผนกทั่วไปของ รพ.สต. ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ผู้ป่วย 1 ราย ที่มารับบริการแต่ละครั้ง มี 1 record โดยสามารถเชื่อมโยงกับแฟ้ม SERVICE ด้วยเลขที่ SEQ ข้อมูลวินิจฉัยโรคอยู่ในแฟ้ม DIAGNOSIS\_OPD หัตถการและผ่าตัด อยู่ในแฟ้ม PROCEDURE\_OPD หากมีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะเชื่อมกับแฟ้ม ADMISSION, DIAGNOSIS\_IPD, PROCEDURE\_IPD ด้วย AN ในแฟ้ม SERVICE

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

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

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

Filename (21)

LABFU

Definition

หมายถึง ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกครั้ง โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ผู้ป่วยที่ไม่ใช่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ตรวจ macroalbumin หรือ microalbumin ในปัสสาวะมีผล positive หรือ eGFR <60 เป็นครั้งแรก แล้วบันทึกผลการตรวจทุกครั้งติดตาม

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 รายการ ก็จะมีมากกว่า 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

1. เก็บข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และส่งข้อมูลให้จังหวัดและส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 01=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ หลังอดอาหาร 02=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร 03=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร 04=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร 05=ตรวจ HbA1C 06=ตรวจ Triglyceride 07=ตรวจ Total Cholesterol 08=ตรวจ HDL Cholesterol 09=ตรวจ LDL Cholesterol 10=ตรวจ BUN ในเลือด 11=ตรวจ Creatinine ในเลือด 12=ตรวจโปรตีน microalbumin ในปัสสาวะ (ใน filed ผลการตรวจใส่ค่า 0=negative, 1=trace, 2=positive) 13=ตรวจ CREATININE ในปัสสาวะ 14=ตรวจโปรตีน macroalbumin ในปัสสาวะ (ใน filed ผลการตรวจใส่ค่า 0=negative, 1=trace, 2=positive) 15=ตรวจหาค่า eGFR (ใช้สูตร CKD-EPI formula) 16=ตรวจ Hb	✓	LABTEST	Y	C	7	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
		17=ตรวจ UPCR (Urine protein creatinine ratio) 18=ตรวจ K (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป หรือได้ยา ACEI//ARBs) 19=ตรวจ Bicarb (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป) 20=ตรวจ phosphate (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป) 21=ตรวจ PTH (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป)						
6	ผลของการตรวจทาง	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จุดทดสอบ 2 หลัก)	✓	LABRESULT		N	6	Y
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y



Filename (22)

CHRONICFU

Definition

หมายถึง ข้อมูลการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง) ที่ได้รับการตรวจติดตาม โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ข้อมูลการตรวจภาวะแทรกซ้อน เป็นการตรวจร่างกาย คือ การตรวจเท้า และการตรวจตา หากตรวจพบภาวะแทรกซ้อน ให้บันทึกภาวะแทรกซ้อนที่พบในแฟ้มข้อมูล DIAG\_OPD ในส่วนของการวินิจฉัย
- การตรวจติดตามผู้ป่วย 1 ครั้ง จะมี 1 record ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่หากเป็นการตรวจครั้งเดียวกัน ก็จะมีเพียง 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

เก็บข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกครั้งเพื่อติดตามผลการรักษา และส่งข้อมูลให้จังหวัดและส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	น้ำหนัก	น้ำหนักในวันมารับบริการ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 หลัก	✓	WEIGHT		N	5	Y
6	ส่วนสูง	ส่วนสูงในวันมารับบริการ (ซม.)	✓	HEIGHT		N	3	Y

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

Filename (23)

ADMISSION

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งที่มาเองและที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น
- การรับผู้ป่วยใน 1 ครั้ง มี 1 record ซึ่งเป็นข้อมูลตั้งแต่ตอนรับผู้ป่วยไว้รักษา จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย โดยข้อมูลสรุปสุดท้าย จะเป็นข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย หากมีการบันทึกข้อมูลเมื่อแรกรับผู้ป่วยด้วย การเพิ่มเติมข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องทำใน record เดิม

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

1 admission หมายถึงการมาอนโรงพยาบาลแต่ละครั้ง แม้ว่าจะมีการย้ายไปหลายแผนกก็ตาม (ทุกแผนกที่รักษาในครั้งนั้นๆ ใช้ AN เดียวกัน)

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

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
21	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	✓	PAYPRICE		N	11	Y
22	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์	✓	ACTUALPAY		N	11	Y
23	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน (หมอ ผู้รับผิดชอบคนไข้หลัก)	✓	PROVIDER		C	15	
24	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

Filename (24)

DIAGNOSIS\_IPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยในที่ได้รับรักษาในโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- วินิจฉัยโรค 1 โรค จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค จะมีมากกว่า 1 record ในการรับรักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน
- ข้อมูลการรับรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม ADMISSION เชื่อมโยงโดย AN

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

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

Filename (25)

DRUG\_IPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

- 1) ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยใน ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2) ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยใน เพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน

หมายเหตุ

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

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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



No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของ สถานพยาบาล	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มี รหัสยามาตรฐาน 24 หลัก	✓	DIDSTD	Y	C	24	Y
8	ชื่อยา	ชื่อยา		DNAME		C	255	
9	วันที่เริ่มให้ยา	วันที่เริ่มให้ยา (กรณีที่เป็นยาที่ให้ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวัน (YYYYMMDD) และเป็นปีคริสต์ศักราช		DATESTART		D	8	
10	วันที่เลิกให้ยา	วันที่เลิกให้ยา (กรณีที่เป็นยาที่ให้ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวัน (YYYYMMDD) และเป็นปีคริสต์ศักราช		DATEFINISH		D	8	
11	จำนวน	จำนวนยาที่จ่าย		AMOUNT		N	12	
12	หน่วยนับของยา	รหัสมาตรฐานจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	UNIT		C	3	
13	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT		UNIT_PACKING		C	20	
14	ราคาขาย	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ	✓	DRUGPRICE		N	11	
15	ราคาทุน	ราคาซื้อหรือราคายาที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย)		DRUGCOST		N	11	
16	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
17	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

Filename (26)

PROCEDURE\_IPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยในที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- หัตถการ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 หัตถการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน
- ข้อมูลการรับไว้ในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม ADMISSION เชื่อมโยงโดย AN

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

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

Filename (27)

CHARGE\_IPD

Definition

หมายถึง ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการ 1 รายการ จะมี 1 record ซึ่งจำแนกตามหมวดค่าบริการและรหัสรายการค่าบริการ หากมีค่าใช้จ่ายมากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน โดยอาจจะจำแนกตามการใช้สิทธิการรักษาด้วย หากรายการค่าบริการ 1 รายการ ต้องใช้มากกว่า 1 สิทธิ ก็จะมีมากกว่า 1 record สำหรับรายการค่าบริการ 1 รายการ
- ข้อมูลค่าใช้จ่ายรวม และการจ่ายเงินรวม ของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง อยู่ในแฟ้ม ADMISSION

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

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

Filename (28)	APPOINTMENT	ส่วนกลางไม่ได้ใช้แฟ้มนี้
---------------	-------------	--------------------------

Definition

หมายถึง ข้อมูลการนัดมารับบริการครั้งต่อไปของผู้ที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน(ที่ได้รับการจำหน่ายแล้ว)ที่ได้รับการนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไป
- 2) ผู้ที่มาใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่ได้รับการนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไป
- 3) การให้บริการนอกสถานพยาบาล ที่มีการนัดหมายให้มารับบริการ

หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งการให้บริการในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล ที่มีการนัดหมายมารับบริการ
- ข้อมูลการนัด 1 ครั้ง สำหรับ 1 ประเภทบริการ จะมี 1 record หากมีการนัดมารับบริการหลายประเภทในวันเดียวกัน จะมีมากกว่า 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)		PID	Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)		AN		C	9	
4	ลำดับที่	รหัสการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน		SEQ	Y	C	16	Y
5	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) กรณีที่เป็นผู้ป่วยในใช้วันที่ของ date_serv ของ service		DATE_SERV		D	8	Y
6	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย		CLINIC		C	5	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	วันที่นัด	วันเดือนปีทีนัดครั้งต่อไป กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)		APDATE		D	8	Y
8	ประเภทกิจกรรมที่นัด	รหัสกิจกรรมการนัด ตามที่สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด		APTTYPE	Y	C	3	Y
9	รหัสโรคที่นัดมาตรวจ	รหัสโรค ICD - 10 - TM (รหัส Z ซึ่งเป็นรหัสการรับบริการสุขภาพ)		APDIAG		C	6	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน		PROVIDER		C	15	
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y

## Filename (29)

## DENTAL

**Definition** หมายถึง ข้อมูลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ และข้อมูลวางแผนการส่งเสริม ป้องกันและรักษา ของผู้ที่มารับบริการ ซึ่งประกอบด้วย

- 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิก ANC ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ อย่างน้อย 1 ครั้ง
- 2) เด็กในโรงเรียนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่
- 3) ผู้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพในกรณีที่ตรวจสุขภาพทั้งปาก ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- การให้บริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพแต่ละครั้ง จะมี 1 record

## ลักษณะแฟ้ม

## แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	ประเภทผู้มารับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ	1 = กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, 2 = กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน, 3 = กลุ่มเด็กวัยเรียน, 4 = กลุ่มผู้สูงอายุ, 5 = กลุ่มอื่นๆ (นอกเหนือจาก 4 กลุ่มแรก)	✓	DENTTYPE		C	1	Y



No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
7	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	✓	PTEETH		N	2	
8	จำนวนฟันแท้ที่ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	✓	PCARIES		N	2	
9	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	✓	PFILLING		N	2	
10	จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	✓	PEXTRACT		N	2	
11	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	✓	DTEETH		N	2	
12	จำนวนฟันน้ำนมที่ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	✓	DCARIES		N	2	
13	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	✓	DFILLING		N	2	
14	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	✓	DEXTRACT		N	2	
15	จำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	1 = ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์, 2 = ไม่ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	✓	NEED_FLUORIDE		C	1	
16	จำเป็นต้องขูดหินน้ำลาย	1 = ต้องขูดหินน้ำลาย, 2 = ไม่ต้องขูดหินน้ำลาย	✓	NEED_SCALING		C	1	
17	จำนวนฟันที่ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (ซี่)	✓	NEED_SEALANT		N	2	
18	จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	✓	NEED_PFILLING		N	2	
19	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องอุด	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	✓	NEED_DFILLING		N	2	
20	จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอน/รักษาคดงากฟัน	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคดงากฟัน (ซี่)	✓	NEED_PEXTRACT		N	2	
21	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องถอน/รักษาคดงากฟัน	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคดงากฟัน (ซี่)	✓	NEED_DEXTRACT		N	2	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
22	จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม	1 = ต้องใส่ฟันเทียมบนและล่าง, 2 = ต้องใส่ฟันเทียมบน, 3 =ต้องใส่ฟันเทียมล่าง, 4 = ไม่ต้องใส่ฟันเทียม	✓	NPROSTHESIS		C	1	
23	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	✓	PERMANENT_PERMANENT		N	2	
24	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ $\geq 60$ ปี (ที่)	✓	PERMANENT_PROSTHESIS		N	2	
25	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ $\geq 60$ ปี (ที่)	✓	PROSTHESIS_PROSTHESIS		N	2	
26	สภาวะปริทันต์	ใช้รหัส CPI ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 0 = ปกติ, 1 = มีเลือดออกภายหลังการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์, 2 = มีหินน้ำลาย แต่ยังเห็นแถบดำบนเครื่องมือ, 3 = มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. (ขอบเหงือกอยู่ในแถบดำ), 4 = มีร่องลึกปริทันต์ 6 มม.หรือมากกว่า (มองไม่เห็นแถบดำบนเครื่องมือ), 5 = มีหินน้ำลายและมีเลือดออกภายหลังการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์, 9 = ตรวจไม่ได้/ไม่ตรวจ หลักที่ 1=ตำแหน่งฟันหลังบนด้านขวา, หลักที่ 2=ตำแหน่งฟันหน้าบน ,หลักที่ 3= ตำแหน่งฟันหลังบนด้านซ้าย, หลักที่ 4=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านซ้าย, หลักที่ 5= ตำแหน่งฟันหน้าล่าง ,หลักที่ 6=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านขวา	✓	GUM		C	6	
27	สถานศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุสังกัดของโรงเรียน 1 = ศพด., 2 = ประถมศึกษารัฐบาล, 3 = ประถมศึกษาเทศบาล, 4 = ประถมศึกษาท้องถิ่น, 5 = ประถมศึกษาเอกชน, 6 = มัธยมศึกษารัฐบาล, 7 = มัธยมศึกษาเทศบาล, 8 = มัธยมศึกษาท้องถิ่น, 9 = มัธยมศึกษาเอกชน	✓	SCHOOLTYPE		C	1	
28	ระดับการศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุชั้นที่เรียนอยู่ ศพด. มีชั้นที่ 1-3 ประถมศึกษา มีชั้นที่ 1-6 มัธยมศึกษา มีชั้นที่ 1-6	✓	CLASS		C	1	
29	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	

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

Filename (30)

REHABILITATION

Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ผู้พิการหรือผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้) ประกอบด้วย

- 1) ผู้ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยสถานพยาบาลอื่น

หมายเหตุ

- ผู้ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล
- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของการให้บริการ
- การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 ครั้ง สำหรับ 1 ประเภทบริการ จะมี 1 record หากมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลายอย่างในการให้บริการครั้งเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record
- การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพกรณีผู้ป่วยใน หากเป็นการให้บริการที่ต่อเนื่องติดต่อกัน สามารถบันทึกใน record เดียวกันได้ โดยระบุวันที่เริ่มรับบริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพและวันที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

- 1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
- 2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการศึกษาข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิคใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	เลขที่ผู้ป่วยใน	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน	✓	AN		C	9	
5	วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีที่มารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) กรณีเป็นผู้ป่วยในให้ใช้วันที่ DATE_SERV ใน SERVICE หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_ADMIT		DT	14	
6	วันที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	วันเดือนปีที่ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
7	วันที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยใน	วันเดือนปีที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_START		D	8	
8	วันที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยใน	วันเดือนปีที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน	✓	DATE_FINISH		D	8	
9	รหัสบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	รหัสบริการฟื้นฟูสภาพที่ได้รับ	✓	REHABCODE	Y	C	7	Y
10	รหัสกายอุปกรณ์ที่ได้รับ	รหัสกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ได้รับ		AT_DEVICE		C	10	
11	จำนวนกายอุปกรณ์ที่ได้รับ	จำนวนกายอุปกรณ์ที่ได้รับ (ชิ้น)		AT_NO		N	2	
12	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	REHABPLACE		C	5	
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

Filename (31)

NCDSCREEN

Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ที่มาใช้บริการ และประวัติการได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ในเขตรับผิดชอบ โดยยังไม่ใช่ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

- 1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 15 ปีขึ้นไป)-35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล
- 2) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่สถานพยาบาลอื่น

หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการคัดกรองโรค หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1 ครั้ง จะมี 1 record โดยการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ทำในการคัดกรองครั้งเดียวกัน จะอยู่ใน record เดียวกัน และการติดตามผู้ที่พบความเสี่ยง (ยังไม่เป็นโรค) ก็จะบันทึกในแฟ้มนี้ด้วย

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

- 1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
- 2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
6	ประวัติสูบบุหรี่	1 = ไม่สูบ, 2 = สูบนานๆ ครั้ง, 3 = สูบเป็นครั้งคราว, 4 = สูบเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ		SMOKE		C	1	
7	ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1 = ไม่ดื่ม, 2 = ดื่มนานๆ ครั้ง, 3 = ดื่มเป็นครั้งคราว, 4 = ดื่มเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ		ALCOHOL		C	1	
8	ประวัติเบาหวานในญาติสายตรง	1 = มีประวัติเบาหวานในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ		DMFAMILY		C	1	
9	ประวัติความดันสูงในญาติสายตรง	1 = มีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ		HTFAMILY		C	1	
10	น้ำหนัก	น้ำหนัก (กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	WEIGHT		N	5	Y
11	ส่วนสูง	ส่วนสูง (ซม.)	✓	HEIGHT		N	3	Y
12	เส้นรอบเอว (ซ.ม.)	เส้นรอบเอว (ซม.)	✓	WAIST_CM		N	3	Y
13	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท)	✓	SBP_1		N	3	Y
14	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท)	✓	DBP_1		N	3	Y
15	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท)		SBP_2		N	3	
16	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท)		DBP_2		N	3	
17	ระดับน้ำตาลในเลือด	ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.) จุดทศนิยม 2 หลัก	✓	BSLEVEL		N	6	
18	วิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ หลังอด อาหาร 2 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร 3 = ตรวจน้ำตาลใน เลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร 4 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดย ไม่อดอาหาร		BSTEST		C	1	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
19	สถานที่ให้บริการคัดกรอง	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถานบริการ สนย.		SCREENPLACE		C	5	
20	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
21	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 6-9, 15-16, 18-19 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล



## Filename (32)

## FP

### Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัวกับผู้มารับบริการ และหญิงวัยเจริญพันธุ์ในเขตรับผิดชอบ และบริการในสถานพยาบาล ประกอบด้วย

- 1) หญิงที่มาใช้บริการวางแผนครอบครัว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ทำหมัน ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามีที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่รับบริการวางแผนครอบครัวที่สถานพยาบาลอื่น
- 3) ผู้ชายที่มาใช้บริการอุปกรณ์คุมกำเนิด และการทำหมันในผู้ชาย

### หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการวางแผนครอบครัว หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ และควรเชื่อมโยงกับประวัติการคุมกำเนิดในแฟ้ม WOMEN
- การให้บริการวางแผนครอบครัวแต่ละครั้ง จะมีมากกว่า 1 record ได้

## ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการศึกษาข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับ บริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	รหัสวิธีการคุมกำเนิด	1 = ยาเม็ด , 2 = ยาฉีด , 3 = ห่วงอนามัย , 4 = ยาฝัง , 5 = ถุงยางอนามัย 6 = หมันชาย , 7 = หมันหญิง	✓	FPTYPE	Y	C	1	Y
6	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สनย.		FPPLACE		C	5	
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 6 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

Filename (33)

PRENATAL

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ และหญิงตั้งครรภ์ผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
- 2) หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมิน

ความครอบคลุมของบริการ

- การตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการตั้งครรภ์ครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิมของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

การจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง ให้ส่งครั้งเดียวเมื่อมีการจัดเก็บข้อมูลครบทุกกิจกรรมในแฟ้ม

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓	GRAVIDA	Y	C	2	Y
4	วันแรกของการมีประจำเดือน ครั้งสุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓	LMP		D	8	Y
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : ถ้าบันทึกค่า LMP	✓	EDC		D	8	
6	ผลการตรวจ VDRL_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	VDRL_RESULT		C	1	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	ผลการตรวจ HB_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	HB_RESULT		C	1	Y
8	ผลการตรวจ HIV_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	HIV_RESULT		C	1	Y
9	วันที่ตรวจ HCT.	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_HCT		D	8	
10	ผลการตรวจ HCT	ระดับฮีมาโตคริต (%)	✓	HCT_RESULT		N	2	
11	ผลการตรวจ THALASSAEMIA	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	THALASSEMIA		C	1	Y
12	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

Filename (34)

ANC

Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ และประวัติการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่รับบริการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลอื่น

หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการฝากครรภ์ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ และควรจะเชื่อมโยงกับประวัติการตั้งครรภ์ในแฟ้ม Prenatal
- การให้บริการฝากครรภ์แต่ละครั้ง จะมี 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการศึกษาข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓	GRAVIDA		C	2	Y
6	ANC ช่วงที่	การนัดช่วงที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ $\leq 12$ สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ หมายเหตุ กรณีอายุครรภ์ไม่อยู่ในช่วงของการฝากครรภ์ให้ หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะอายุครรภ์ บันทึกช่วงครรภ์ กรณีมาตรงช่วงการนัดฝากครรภ์		ANCNO		C	1	
7	อายุครรภ์	อายุครรภ์ ( สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม	✓	GA		C	2	Y
8	ผลการตรวจ	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓	ANCRESULT		C	1	Y
9	สถานที่รับบริการฝากครรภ์	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	ANCPLACE		C	5	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

Filename (35)

LABOR

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงคลอดผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
- 2) หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการคลอด

หมายเหตุ

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

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

การจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง ให้ส่งครั้งเดียวเมื่อมีการจัดเก็บข้อมูลครบทุกกิจกรรมในแฟ้ม

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	✓	GRAVIDA	Y	C	2	Y
4	วันแรกของการมีประจำเดือน ครั้งสุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓	LMP		D	8	Y
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	✓	EDC		D	8	
6	วันคลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์	วันเดือนปีที่คลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓	BDATE		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	ผลสิ้นสุดการตั้งครรภ์	รหัสโรค ICD - 10 TM	✓	BRESULT		C	6	Y
8	สถานที่คลอด	1=โรงพยาบาล, 2=สถานอนามัย, 3=บ้าน, 4=ระหว่างทาง, 5=อื่นๆ	✓	BPLACE		C	1	Y
9	รหัสสถานพยาบาลที่คลอด	รหัสมาตรฐานจาก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์		BHOSP		C	5	
10	วิธีการคลอด / สิ้นสุดการตั้งครรภ์	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ทำแท้ง, 6 = ABORTION	✓	BTYPE		C	1	Y
11	ประเภทของผู้ทำคลอด	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = জন.สาธารณสุข(ที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล), 4 = ผดุงครรภ์โบราณ, 5 = คลอดเอง, 6 = อื่นๆ	✓	BDOCTOR		C	1	Y
12	จำนวนเกิดมีชีพ	จำนวนเด็กเกิดมีชีพจากการคลอด ไม่มีให้ใส่ 0	✓	LBORN		N	1	Y
13	จำนวนตายคลอด	จำนวนเด็กเกิดไร้ชีพจากการคลอด ไม่มีให้ใส่ 0	✓	SBORN		N	1	Y
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 9 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล



## Filename (36)

## POSTNATAL

### Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการดูแลมารดาหลังคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงคลอดผู้มารับบริการ ประกอบด้วย

- 1) หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
- 2) หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด

### หมายเหตุ

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

### ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีมารับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการศึกษาข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

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

Filename (37)

NEWBORN

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการคลอดของทารก ในเซตรับผิชอบ ประกอบด้วย

1) ทารกหลังคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเซตรับผิชอบ

หมายเหตุ

- เซตรับผิชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ข้อมูลประวัติการคลอดของทารกหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเซตรับผิชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- ทารกหลังคลอด 1 คน จะมี 1 record หากในการคลอดครั้งเดียวกันมีทารกที่เกิดมีชีพมากกว่า 1 คน จะมีมากกว่า 1 record เช่น กรณีเด็กแฝด
- หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของทารกหลังคลอดคนเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิม ของทารกคนนั้น

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มสะสม

การจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง ให้ส่งครั้งเดียวเมื่อมีการจัดเก็บข้อมูลครบทุกกิจกรรมในแฟ้ม

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ทะเบียนบุคคล (แม่)	ทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON และทะเบียนนี้จะซ้ำกันได้ หากบุคคลนั้นมีมารดาเป็นบุคคลเดียวกัน ใช้อ้างอิงในแฟ้ม Person	✓	MPID		C	15	Y
4	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor		GRAVIDA		C	2	
5	อายุครรภ์เมื่อคลอด	อายุครรภ์ ( สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม	✓	GA		C	2	
6	วันที่คลอด	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓	BDATE		D	8	Y
7	เวลาที่คลอด	เวลาที่คลอด กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)	✓	BTIME		C	6	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
8	สถานที่คลอด	1=โรงพยาบาล, 2=สถานือนามัย, 3=บ้าน, 4=ระหว่างทาง, 5=อื่นๆ หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor		BPLACE		C	1	
9	รหัสสถานพยาบาลที่คลอด	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์		BHOSP		C	5	
10	ลำดับที่ของทารกที่คลอด	ลำดับที่ของการคลอด 1 = คลอดเดี่ยว, 2 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 1, 3 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 2, 4 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 3, 5 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 4	✓	BIRTHNO		C	1	Y
11	วิธีการคลอด	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ทำก้น หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor		BTYPE		C	1	
12	ประเภทของผู้ทำคลอด	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = จนท.สาธารณสุข (ที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล), 4 = ผดุง ครรภ์โบราณ, 5 = คลอดเอง, 6 = อื่นๆ หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor		BDOCTOR		C	1	
13	น้ำหนักแรกคลอด(กรัม)	หน่วยนับเป็นกรัม	✓	BWEIGHT		N	4	
14	ภาวะการขาดออกซิเจน	1 = ขาด , 2 = ไม่ขาด, 9 = ไม่ทราบ	✓	ASPHYXIA		C	1	Y
15	ได้รับ VIT K หรือไม่	1 = ได้รับ , 2 = ไม่ได้รับ, 9 = ไม่ทราบ	✓	VITK		C	1	Y
16	ได้รับการตรวจ TSH หรือไม่	1 = ได้รับการตรวจ , 2 = ไม่ได้ตรวจ, 9 = ไม่ทราบ	✓	TSH		C	1	Y
17	ผลการตรวจ TSH	ผลการตรวจระดับ TSH บันทึกเป็นค่า (จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	✓	TSHRESULT		N	5	
18	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 9 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล และ 4, 8, 11, 12 ประมวลผลจาก labor

Filename (38)

NEWBORNCARE

Definition

หมายถึง ข้อมูลการดูแลทารกหลังคลอด ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) ทารกหลังคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- ข้อมูลการดูแลหลังคลอด ที่สถานพยาบาลอื่นให้บริการกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการดูแลทารกหลังคลอดแต่ละครั้ง จะมี 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ ข้อมูลการสำรวจ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่คลอด	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓	BDATE		D	8	Y
5	วันที่ดูแลลูก	วันเดือนปีที่ลูกได้รับการดูแล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	BCARE	Y	D	8	Y
6	รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลลูก	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สनย.	✓	BCPLACE		C	5	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	ผลการตรวจทารกหลังคลอด	1=ปกติ, 2=ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓	BCARERESULT		C	1	Y
8	อาหารที่รับประทาน	1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว	✓	FOOD		C	1	Y
9	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

## Filename (39)

## EPI

### Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการวัคซีนกับผู้มารับบริการ และประชาชนกลุ่มเป้าหมายของการฉีดวัคซีนในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี และหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการวัคซีน ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี และหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการวัคซีนจากสถานพยาบาลอื่น
- 3) เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 1 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน
- 4) เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 2 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน
- 5) เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 6 ทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน
- 6) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายอื่นๆที่มารับบริการวัคซีน

### หมายเหตุ

- ผู้มารับบริการวัคซีน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ
- การให้บริการวัคซีน รวมทั้งที่ให้ในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล (เช่น กรณีนักเรียนในโรงเรียน)
- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการวัคซีน 1 ชนิด ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากในการให้บริการครั้งหนึ่งมีการให้วัคซีนมากกว่า 1 ชนิด ก็จะมีมากกว่า 1 record

## ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับ บริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิคใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการ เป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	รหัสวัคซีน	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (การรับวัคซีนแต่ละครั้ง ไม่ควรซ้ำชนิด เดียวกันเกินหนึ่งเข็ม)	✓	VACCINETYPE	Y	C	3	Y
6	สถานที่รับวัคซีน	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	VACCINEPLACE		C	5	
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y



Filename (40)

Definition

NUTRITION

หมายถึง ข้อมูลการวัดระดับโภชนาการและ พัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี และนักเรียนในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

1) เด็ก 0-5 ปี เก็บข้อมูลปีละ 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม ,ครั้งที่ 2 เดือนมกราคม ,ครั้งที่ 3 เดือนเมษายน,ครั้งที่ 4 เดือนกรกฎาคม โดยให้จัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

2) อายุ 6 -18 ปี เก็บข้อมูลปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เทอมที่ 1 (พ.ค. - ก.ค.) และครั้งที่ 2 เทอมที่ 2 (พ.ย. - ม.ค.) โดยให้จัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

หมายเหตุ

- อายุ 18 ปีขึ้นไปให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม NCDScreen
- การวัดระดับโภชนาการและ พัฒนาการ รวมทั้งที่ทำในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล
- ข้อมูลการวัดระดับโภชนาการและ พัฒนาการที่สถานพยาบาลอื่นทำกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การวัดระดับโภชนาการและ พัฒนาการ 1 ครั้ง จะมี 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับ บริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิคใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็น ตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	NUTRITIONPLACE		C	5	
6	น้ำหนัก(กก.)	น้ำหนัก(กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	WEIGHT		N	5	Y
7	ส่วนสูง (ซม.)	ส่วนสูง (ซม.)	✓	HEIGHT		N	3	Y
8	เส้นรอบศีรษะ (ซม.)	เส้นรอบศีรษะ (ซม.)	✓	HEADCIRCUM		N	3	
9	ระดับพัฒนาการเด็ก	1 = ปกติ, 2 = สงสัยช้ากว่าปกติ, 3 = ช้ากว่าปกติ หมายเหตุบันทึกเฉพาะอายุเด็ก 0-5 ปี 11 เดือน 29 วัน	✓	CHILDDEVELOP		C	1	
10	อาหารที่รับประทานปัจจุบัน	1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว หมายเหตุ เพิ่มรหัส 0 = เลิกดื่มนมแล้ว บันทึกเฉพาะอายุเด็ก 0-2 ปี 11 เดือน 29 วัน	✓	FOOD		C	1	
11	การใช้ขวดนม	1 = ใช้ขวดนม, 2 = ไม่ใช้ขวดนม		BOTTLE		C	1	
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : ลำดับที่ 11 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

Filename (41)	SPECIALPP	ไม่ใช่แฟ้มนี้ ยังไม่มีรหัสการให้บริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ
---------------	-----------	--

**Definition**

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับผู้มารับบริการ และประวัติการได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ ในโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล
- 2) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ ที่สถานพยาบาลอื่น

**หมายเหตุ**

- ผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล
- ข้อมูลการให้บริการที่สถานพยาบาลอื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ
- การให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ 1 ประเภทบริการ ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากในบริการแต่ละครั้ง มีการให้บริการมากกว่า 1 ประเภทบริการ ก็จะมีมากกว่า 1 record

**ลักษณะแฟ้ม**

**แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ**

1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ได้รับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ
2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการศึกษาข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

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

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

Filename (42)

COMMUNITY\_ACTIVITY

Definition

หมายถึง ข้อมูลกิจกรรมในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

- 1) กิจกรรมในชุมชนที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- กิจกรรมในชุมชน 1 กิจกรรม ในแต่ละครั้ง ในแต่ละชุมชน จะมี 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	รหัสชุมชนที่จัดกิจกรรม	รหัสชุมชนที่จัดกิจกรรม ตามมหาดไทย เป็นจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน (CCAATTMM) หากจัดในระดับตำบล ในส่วนของหมู่บ้านให้ใส่ “00”	✓	VID	Y	C	8	Y
3	วันที่เริ่มจัดกิจกรรม	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓	DATE_START	Y	D	8	Y
4	วันที่สิ้นสุดการจัดกิจกรรม	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓	DATE_FINISH		D	8	
5	รหัสกิจกรรมในชุมชน	รหัสกิจกรรมในชุมชน ตามรหัสมาตรฐานของ สनย.	✓	COMACTIVITY	Y	C	7	Y
6	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

Filename (43)

COMMUNITY\_SERVICE

Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้บริการในชุมชนสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วย

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

หมายเหตุ

- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ
- การให้บริการในชุมชน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
- การให้บริการในชุมชน 1 ประเภทบริการ ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากให้บริการแต่ละครั้ง มีการให้บริการมากกว่า 1 ประเภทบริการ ก็จะมีมากกว่า 1 record

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	รหัสการให้บริการในชุมชน	รหัสการให้บริการสุขภาพระดับบุคคลในชุมชน ตามรหัสมาตรฐานของ สนย. (5 หลัก)	✓	COMSERVICE	Y	C	7	Y
6	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

Filename (44)

CARE\_REFER

Definition

หมายถึง ข้อมูลการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ หรือส่งกลับ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
- การให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อมากกว่า 1 อย่าง จะมีมากกว่า 1 record
- เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER\_HISTORY โดย REFERID

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ และส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย

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

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



## Filename (45)

### Definition

## CLINICAL\_REFER

หมายถึง ข้อมูลการประเมินทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

### หมายเหตุ

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

### ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ และส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย

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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
4	วันที่เวลาการประเมินทางคลินิก	วันเดือนปีและเวลาที่ประเมินผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและบันทึกเป็นวันเดือนปี มีรูปแบบ คือ YYYYMMDD บันทึกเป็นปี ค.ศ.	✓	DATETIME_ASSESS	Y	C	14	Y
5	รหัสการตรวจประเมินทางคลินิก	รหัสมาตรฐานการตรวจประเมินทางคลินิก หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สนย.	✓	CLINICALCODE	Y	C	6	Y
6	ชื่อการตรวจประเมินทางคลินิก	ชื่อการตรวจประเมินทางคลินิก		CLINICALNAME		C	255	
7	ผลการตรวจประเมินทางคลินิกที่มีค่าเป็นตัวเลข	ผลการตรวจประเมินทางคลินิกที่มีค่าเป็นตัวเลข (จุดทศนิยม 2 ตำแหน่ง) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข	✓	CLINICALVAULE		N	6	
8	คำอธิบายผลการตรวจประเมินทางคลินิก	คำอธิบายผลการประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วย		CLINICALRESULT		C	255	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

Filename (46)

DRUG\_REFER

Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการได้รับยา ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

หมายเหตุ

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

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้ยากับผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ และส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย

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

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

Filename (47)

## INVESTIGATION\_REFER

### Definition

หมายถึง ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

### หมายเหตุ

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

### ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ และส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย

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

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

Filename (48)

## PROCEDURE\_REFER

### Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการได้รับการทำหัตถการและผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

### หมายเหตุ

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

### ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการทำหัตถการหรือผ่าตัดผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ และส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย

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

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



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

Filename (49)

## REFER\_HISTORY

### Definition

หมายถึง ข้อมูลประวัติการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 2) ผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับ ไปยังสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา
- 3) การตอบกลับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่ส่งมา เมื่อสิ้นสุดการรักษา โดยไม่ได้ส่งผู้ป่วยกลับ

### หมายเหตุ

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

### ลักษณะแฟ้ม

### แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ และส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย

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

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

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

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

Filename (50)

REFER\_RESULT

Definition

หมายถึง ข้อมูลผลการตอบรับการส่งต่อ/ส่งกลับ ผู้ป่วย ประกอบด้วย

- 1) การตอบรับผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ มาจากโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

หมายเหตุ

- การตอบรับการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
- การตอบรับการส่งต่อ 1 ครั้ง จะมีการตอบรับ 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมข้อมูล จะบันทึกใน record เดิม

ลักษณะแฟ้ม

แฟ้มบริการ

จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตอบรับการส่งต่อ/ส่งกลับ และส่งข้อมูลเมื่อมีการรับหรือปฏิเสธการรับผู้ป่วยส่งต่อ/ส่งกลับ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการที่รับส่งต่อ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ของสถานพยาบาลที่ รับส่งต่อ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ของ สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข		REFERID_SOURCE	Y	C	10	Y
3	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของ จังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง REFERID_PROVINCE ในแฟ้ม REFER_HISTORY		REFERID_PROVINCE		C	10	
4	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถานบริการ สนย.		HOSP_SOURCE	Y	C	5	Y

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