

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต

Lifestyle Assessment

ชื่อ.....สกุล.....HN..... วันที่.....
 การวินิจฉัย.....

แบบคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์

แบบคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม / ตลอดชีวิตไม่เคยดื่ม <input type="checkbox"/> เคยดื่มแต่หยุดแล้ว 1 ปีขึ้นไป <input type="checkbox"/> ดื่ม ตอบแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (ASSIST 7 คำถาม)				
แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (ASSIST 7 คำถาม)					
1. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ (หรือเคยดื่มแต่หยุดดื่มไปแล้ว 1 ปีขึ้นไป)	ไม่เคย (ยุติการ ประเมิน)	เคย			
2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาคุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0) (ข้ามไปที่ข้อ 6)	ครั้งสองครั้ง (2)	ทุกเดือน (3)	ทุกสัปดาห์ (4)	เกือบทุกวัน (6)
3. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยรู้สึกอยากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมากบ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0)	ครั้งสองครั้ง (3)	ทุกเดือน (4)	ทุกสัปดาห์ (5)	เกือบทุกวัน (6)
4. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0)	ครั้งสองครั้ง (4)	ทุกเดือน (5)	ทุกสัปดาห์ (6)	เกือบทุกวัน (7)
5. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาคุณไม่สามารถทำกิจกรรมที่คุณควรจะได้ทำได้ตามปกติ เนื่องจากคุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0)	ครั้งสองครั้ง (5)	ทุกเดือน (6)	ทุกสัปดาห์ (7)	เกือบทุกวัน (8)
6. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เพื่อนฝูง ญาติ หรือคนอื่น เคยแสดงความกังวลหรือตักเตือนคุณเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคุณหรือไม่	ไม่เคย (0)	เคย ในช่วง 3 เดือนที่ ผ่านมา (6)	เคย ก่อน 3 เดือนที่ ผ่านมา (3)		
7. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยพยายามหยุดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยลงแต่ทำไม่สำเร็จหรือไม่	ไม่เคย (0)	เคย ในช่วง 3 เดือนที่ ผ่านมา (6)	เคย ก่อน 3 เดือนที่ ผ่านมา (3)		
รวมคะแนน					
<input type="checkbox"/> 0 – 10 ระดับความเสี่ยงต่ำ		<input type="checkbox"/> 11 – 26 ระดับความเสี่ยงปานกลาง		<input type="checkbox"/> มากกว่า 27 ระดับความเสี่ยงสูง	

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต

Lifestyle Assessment

ชื่อ.....สกุล.....HN..... วันที่

การวินิจฉัย.....

แบบคัดกรองการสูบบุหรี่

แบบคัดกรองการสูบบุหรี่	1. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ (ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา) () ไม่เคยสูบบุหรี่ตลอดชีวิต () เคยสูบแต่เลิกแล้ว () สูบ ตอบข้อ 2 และ 3 () สูบนานๆ ครั้ง () สูบเป็นครั้งคราว () สูบเป็นประจำ
	2. ท่านสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน () 1 – 10 มวนต่อวัน (น้อย) () 11 – 19 มวนต่อวัน (ปานกลาง) () 20 มวนต่อวัน (มาก)
	3. ระยะเวลาที่ท่านสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอน () น้อยกว่า 30 นาที () มากกว่า 30 นาทีแต่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง () 1 ชั่วโมงหรือมากกว่า