



ฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง

ของเทศบาลตำบลสนามชัยเขต
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

ข้อมูล ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2565





ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลตำบลสนามชัยเขต

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	ที่อยู่	ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น
๑.	นางสงค์ นันทวิสิทธิ์	๘๔	๙๔ ม.๑ ต.คูยายหมี อ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔๑๖๐	ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ขา ๒ ข้าง อ่อนแรง แขน ๒ ข้าง มีแรงเล็กน้อย ไม่ค่อยพูดคุย ข้อเข่าติด
๒.	นางตัน ไทยนภา	๘๕	๓๖/๑ ม.๑ ต.คูยายหมี อ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔๑๖๐	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ เล็กน้อย ขา ๒ ข้าง อ่อนแรง แขน ๒ ข้าง ยกได้แต่ยกไม่สุด พูดคุยรู้ เรื่อง ข้อเข่าติด
๓.	นายทองอยู่ คະสุระ	๘๐	๓ ม. ๑ ต.คูยายหมี อ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔๑๖๐	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ เล็กน้อย ขา ๒ ข้าง อ่อนแรง พูดคุยรู้เรื่อง อารมณ์หงุดหงิดบ่อย ข้อเข่าติด
๔.	นางลำภู ทินวงศ์	๙๐	๑๒๐/๑ ม.๔ ต.คูยายหมี อ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔๑๖๐	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้เป็น ส่วนใหญ่ ขา ๒ ข้าง อ่อนแรง เกาะ ยืนได้ แขน ๒ ข้าง ยกได้ดี พูดคุยรู้ เรื่อง ข้อเข่าติด
๕.	นางสำรวล นิรมล	๗๖	๑/๒๓ ม.๑๔ ต.คูยายหมี อ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔๑๖๐	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ เล็กน้อย ขา ๒ ข้างอ่อนแรง แขน ๒ ข้าง ยกได้ดี พูดคุยรู้เรื่อง ข้อเข่า เริ่มติด
๖.	นางช้อยแข็ง แซ่สง	๘๑	๖๔๒ ม.๔ ต.คูยายหมี อ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔๑๖๐	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ เล็กน้อย ขา ๒ ข้างอ่อนแรง พูดคุย รู้เรื่อง อารมณ์หงุดหงิดบ่อย
๗.	นางชมพู่ จันทร์มี	๘๙	๕๔๕ ม.๑๔ ต.คูยายหมี อ.คูยายหมี จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔๑๖๐	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ เล็กน้อย ขา ๒ ข้างอ่อนแรง แขน ๒ ข้าง ยกได้ดี พูดคุยรู้เรื่อง ข้อเข่า ไม่ติด
๘.	นางกิมเฮ็ง แซ่ลิ้ม	๙๐	๕๖๙/๑๐ ม.๔ ต.คูยายหมี อ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔๑๖๐	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ บางส่วน ขา ๒ ข้าง อ่อนแรง แขน ๒ ข้าง ยกได้ดีพูดคุยรู้เรื่อง อารมณ์ แจ่มใส ข้อเข่าไม่ติด

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/ อบต.) ชื่อ.....เทศบาลตำบลสนามชัยเขต อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นางสงค์ นันทวิสิทธิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3240800008360 วันเดือนปีเกิด: 20 มิถุนายน 2481 อายุ: 82 ปี</p>	<p>ที่อยู่ : 94 หมู่ 1 ตำบลคูยาศัยพรม อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา 24160 เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=2 TAI=12 กลุ่มที่ : 4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ขา 2 ข้าง อ่อนแรง แขน 2 ข้างมีแรงเล็กน้อย ไม่ค่อยพูดคุย ซ้ำเข้าติด ไม่เกิดอุบัติเหตุ หลังจากดูแลมีกำลังร่างกายเพิ่มขึ้น</p>																																				
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</p> <p>ญาติ : อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินรถเข็นผ้าอ้อม</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>เดินได้โดยไม่มีใช้อุปกรณ์</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	<input type="checkbox"/>	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/>	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	<input type="checkbox"/>	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	<input type="checkbox"/>	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ	<input type="checkbox"/>	เดินได้โดยไม่มีใช้อุปกรณ์	<input type="checkbox"/>	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดแผลกดทับ	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การกินอาหาร/สำลักอาหาร</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การพลัดตกหกล้ม</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การทนายญาติ/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา / การแพทย์</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การหลงทาง</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ข้อติด/หรือข้อเท้าตก</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้ น้ำร้อนลวกจมน้ำ</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	การกินอาหาร/สำลักอาหาร	<input type="checkbox"/>	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	<input type="checkbox"/>	การพลัดตกหกล้ม	<input type="checkbox"/>	การทนายญาติ/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา / การแพทย์	<input type="checkbox"/>	การหลงทาง	<input type="checkbox"/>	ข้อติด/หรือข้อเท้าตก	<input type="checkbox"/>	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	<input type="checkbox"/>	อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้ น้ำร้อนลวกจมน้ำ
<input type="checkbox"/>	กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้																																					
<input type="checkbox"/>	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง																																					
<input type="checkbox"/>	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ																																					
<input type="checkbox"/>	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม																																					
<input type="checkbox"/>	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ																																					
<input type="checkbox"/>	เดินได้โดยไม่มีใช้อุปกรณ์																																					
<input type="checkbox"/>	ไม่มีภาวะซึมเศร้า																																					
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ																																					
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดแผลกดทับ																																					
<input type="checkbox"/>	การกินอาหาร/สำลักอาหาร																																					
<input type="checkbox"/>	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย																																					
<input type="checkbox"/>	การพลัดตกหกล้ม																																					
<input type="checkbox"/>	การทนายญาติ/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา / การแพทย์																																					
<input type="checkbox"/>	การหลงทาง																																					
<input type="checkbox"/>	ข้อติด/หรือข้อเท้าตก																																					
<input type="checkbox"/>	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																					
<input type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย																																					
<input type="checkbox"/>	อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้ น้ำร้อนลวกจมน้ำ																																					

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....เทศบาลตำบลสนามชัยเขต ตำบลคูยายหมี อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำชี้แจง ให้ใส่ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นางต้น โยนภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3240800004 วันเดือนปีเกิด: 22 กุมภาพันธ์ 2480 อายุ: 83 ปี</p>	<p>ที่อยู่ : 36/1 หมู่ 1 ตำบลคูยายหมี อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา 24160 เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=7 TAI=12 กลุ่มที่ : 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย ขา 2 ข้าง อ่อนแรง แขน 2 ข้างยกได้แต่ยกได้ไม่สุด พูดคุ้ยรู้เรื่อง ซ่อเช่าติด ไม่เกิดอุบัติเหตุ หลังจกาดูแลมีกำลังร่างกายเพิ่มขึ้น</p>																																																										
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</td></tr> </table> <p>ญาติ :</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลัดเปลี่ยน</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินเป็นผ้าอ้อม</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี	<input type="checkbox"/>	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่	<input type="checkbox"/>	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม	<input type="checkbox"/>	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า	<input type="checkbox"/>	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/>	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	<input type="checkbox"/>	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	<input type="checkbox"/>	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	<input type="checkbox"/>	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลัดเปลี่ยน	<input type="checkbox"/>	อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	<input type="checkbox"/>	อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินเป็นผ้าอ้อม	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยกรม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	<input type="checkbox"/>	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/>	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	<input type="checkbox"/>	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	<input type="checkbox"/>	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ	<input type="checkbox"/>	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	<input type="checkbox"/>	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดแผลกดทับ	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การกินอาหาร/สำลักอาหาร</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การพลัดตกหกล้ม</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>การหลงทาง</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ข้อคิด/หรือข้อผิดพลาด</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้มีน้ำร้อนลวกจมน้ำ</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	การกินอาหาร/สำลักอาหาร	<input type="checkbox"/>	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	<input type="checkbox"/>	การพลัดตกหกล้ม	<input type="checkbox"/>	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์	<input type="checkbox"/>	การหลงทาง	<input type="checkbox"/>	ข้อคิด/หรือข้อผิดพลาด	<input type="checkbox"/>	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	<input type="checkbox"/>	อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้มีน้ำร้อนลวกจมน้ำ
<input type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี																																																											
<input type="checkbox"/>	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่																																																											
<input type="checkbox"/>	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม																																																											
<input type="checkbox"/>	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า																																																											
<input type="checkbox"/>	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง																																																											
<input type="checkbox"/>	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น																																																											
<input type="checkbox"/>	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล																																																											
<input type="checkbox"/>	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น																																																											
<input type="checkbox"/>	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลัดเปลี่ยน																																																											
<input type="checkbox"/>	อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่																																																											
<input type="checkbox"/>	อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินเป็นผ้าอ้อม																																																											
<input type="checkbox"/>	กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้																																																											
<input type="checkbox"/>	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง																																																											
<input type="checkbox"/>	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ																																																											
<input type="checkbox"/>	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม																																																											
<input type="checkbox"/>	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ																																																											
<input type="checkbox"/>	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์																																																											
<input type="checkbox"/>	ไม่มีภาวะซึมเศร้า																																																											
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ																																																											
<input type="checkbox"/>	ไม่เกิดแผลกดทับ																																																											
<input type="checkbox"/>	การกินอาหาร/สำลักอาหาร																																																											
<input type="checkbox"/>	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย																																																											
<input type="checkbox"/>	การพลัดตกหกล้ม																																																											
<input type="checkbox"/>	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์																																																											
<input type="checkbox"/>	การหลงทาง																																																											
<input type="checkbox"/>	ข้อคิด/หรือข้อผิดพลาด																																																											
<input type="checkbox"/>	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																											
<input type="checkbox"/>	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย																																																											
<input type="checkbox"/>	อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้มีน้ำร้อนลวกจมน้ำ																																																											

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....เทศบาลตำบลสนามชัยเขต อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำชี้แจง ให้ใส่ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นายทองอยู่ คະສຸຣະ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 5240800016334 วันเดือนปีเกิด: 1 กรกฎาคม 2485 อายุ: 78 ปี</p>	<p>ที่อยู่ : 3 หมู่ 1 ตำบลคูยาศยามี อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา 24160 เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=8 TAI=13 กลุ่มที่ : 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย ขา 2 ข้าง อ่อนแรง พูดคุยรู้เรื่อง อารมณ์หงุดหงิดบ่อย ข้อเข่าติด ไม่เกิดอุบัติเหตุ หลังจากดูแลมีกำลังร่างกายเพิ่มขึ้น</p>
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตั้งขึ้นจนที่เป็นอยู่ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</p> <p>ญาติ : อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลตั้งแต่เปลี่ยน อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินรถเข็นผ้าอ้อม</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <p>กินอาหารเองได้/รับประทานอาหารได้ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <p>การกินอาหาร/สำลักอาหาร การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การพลัดตกหกล้ม การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพทย์ การหลงทาง ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้น้ำร้อนลวกงมน้ำ</p>

พื้นที่ องค์การบริหารส่วนท้องถื่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....เทศบาลตำบลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นางลำภู ทินวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3240800036509 วันเดือนปีเกิด: 20 กันยายน 2475 อายุ: 88 ปี</p>	<p>ที่อยู่ : 120/1 หมู่ 4 ตำบลคูยาศหมี อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา 24160 เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=13 TAI=13 กลุ่มที่ : ติดสังคม</p> <p>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้เป็นส่วนไปใหญ่ ขา 2 ข้าง อ่อนแรง เกาะยืนได้ แขน 2 ข้างยกได้ดีพิเศษเคยรู้เรื่อง ซ้อเข้าไม่ติด ไม่เกิดอุบัติเหตุ หลังจากดูแลมีกำลังแรงกายเพิ่มขึ้น</p>
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input type="checkbox"/> อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input type="checkbox"/> อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม <input type="checkbox"/> อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input type="checkbox"/> อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <p>ญาติ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input type="checkbox"/> อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input type="checkbox"/> อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลและลัดเปลี่ยน <input type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ <input type="checkbox"/> อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินรถเข็นผ้าอ้อม 	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ <input type="checkbox"/> ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ <input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยเหมาะสม <input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <input type="checkbox"/> ไม่เกิดแผลกดทับ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การกินอาหาร/สำลักอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> การพลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา / การแพ้ยา <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input type="checkbox"/> ซ้อติด/หรือข้อเท้าตก <input type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้ น้ำร้อนลวกจมน้ำ

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....เทศบาลตำบลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นางสำราล นิมล เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3240800023181 วันเดือนปีเกิด: 30 เมษายน 2489 อายุ: 74 ปี</p>	<p>ที่อยู่ : 1/23 หมู่ 14 ตำบลยายหอม อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา 24160 เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=9 TAI=13 กลุ่มที่ : 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย ขา 2 ข้าง อ่อนแรง ขน 2 ข้างยกได้ดี พุดคุยรู้เรื่อง ข้อเข่าเริ่มติด ไม่เกิดอุบัติเหตุ หลังจากดูแลมีกำลังร่างกายเพิ่มขึ้น</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>
<p>ผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตั้งแต่วันนี้เป็นอยู่ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</p>	<p>กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<p>การกินอาหาร/สำคัญอาหาร การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การพลัดตกหกล้ม การทรมานผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพทย์ การหลงทาง ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้ น้ำร้อนลวกจมน้ำ</p>
<p>ญาติ : อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสนับสนุน อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินเช่นผ้าอ้อม</p>		

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....เทศบาลตำบลสนามชัยเขต ตำบลอุยยามณี อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำชี้แจง ให้ใส่ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นางช้อยเชิง แซ่สง เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3200101207665 วันเดือนปีเกิด: 1 มกราคม 2484 อายุ: 79 ปี</p>	<p>ที่อยู่ : 642 หมู่ 4 ตำบลอุยยามณี อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา 24160 เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=8 TAI=13 กลุ่มที่ : 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย ขา 2 ข้าง อ่อนแรง พูดคุยรู้เรื่อง อารมณ์หงุดหงิดบ่อย ข้อเข่าติด ไม่เกิดอุบัติเหตุ หลังจากดูแลมีกำลังร่างกายเพิ่มขึ้น</p>
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input type="checkbox"/> อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input type="checkbox"/> อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม <input type="checkbox"/> อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input type="checkbox"/> อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <p>ญาติ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input type="checkbox"/> อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input type="checkbox"/> อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน <input type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ <input type="checkbox"/> อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินรถเข็นผ้าอ้อม 	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ <input type="checkbox"/> ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ <input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยเหมาะสม <input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <input type="checkbox"/> ไม่เกิดแผลกดทับ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การกินอาหาร/ล้าล่าอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> การพลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> การทนายผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input type="checkbox"/> ข้อติด/หรือข้อเท้าตก <input type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้ น้ำร้อนลวกจมน้ำ

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....เทศบาลตำบลสนามชัยเขต อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำชี้แจง ให้ใส่ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นางขมกัญ จันทรมี เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3240800051354 วันเดือนปีเกิด: 1 กรกฎาคม 2476 อายุ: 87 ปี</p>	<p>ที่อยู่ : 545 หมู่ 14 ตำบลคูยาศมี อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา 24160 เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=11 TAI=13 กลุ่มที่ : ติดสังคม</p> <p>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ขา 2 ข้าง อ่อนแรง แขน 2 ข้าง ยกได้ พูดคุยรู้เรื่อง ข้อเข่าไม่ติด ไม่เกิดอุบัติเหตุ หลังจากดูแลมีกำลังร่างกายเพิ่มขึ้น</p>
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตั้งจากที่เป็นอยู่ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <p>ญาติ :</p> <ul style="list-style-type: none"> อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลิตภัณฑ์ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินรถเข็นผ้าอ้อม 	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ไม่เกิดแผลกดทับ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> การกินอาหาร/สำลักอาหาร การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การพลัดตกหกล้ม การทรมานจิตใจ/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ การหลงทาง ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้ น้ำร้อนลวกจมน้ำ

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....เทศบาลตำบลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้ป่วย

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : นางกิมเฮ้ง แซ่ลิ้ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3240800104079 วันเดือนปีเกิด: 1 กรกฎาคม 2475 อายุ: 88 ปี</p>	<p>ที่อยู่ : 569/10 หมู่ 4 ตำบลคูยาศมี อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา 24160 เบอร์โทรศัพท์ :</p>	<p>วินิจฉัย: ADL=13 TAI=13 กลุ่มที่ : ติดสังคม ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ขา 2 ข้าง อ่อนแรง แขน 2 ข้างยกได้หยุดคุยรู้เรื่อง อารมณ์แจ่มใส ข้อเข้าไม่ติด ไม่เกิดอุบัติเหตุ หลังจากดูแลมีกำลังแรงกายเพิ่มขึ้น</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</p> <p>ญาติ : อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลิตภัณฑ์ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเช่นอุปกรณ์ช่วยเดินเช่นผ้าอ้อม</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <p>กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <p>การกินอาหาร/สำคัญอาหาร การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การพลัดตกหกล้ม การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพทย์ การหลงทาง ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกรัง อุบัติเหตุเช่นไฟไหม้ น้ำร้อนลวกจมน้ำ</p>