



ใบสมัครโครงการประกวด

สุดยอดคนเบาหวาน : ชีวิตยืนยาว สุขภาพดี มีความสุขกับเบาหวาน

“Ultimate Diabetes : Live strong, Long life with Diabetes”

(กรอกโดยบุคลากรทางการแพทย์)

ชื่อสกุลผู้เป็นเบาหวาน.....HN.....วันเดือนปีเกิด.....

ชื่อสกุล บุคลากรทางการแพทย์.....อาชีพ.....

ที่อยู่บุคลากรทางการแพทย์
.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

อีเมล.....

ชนิดของเบาหวาน : Type 1 Type 2 Other types (ระบุ).....

วันเดือนปีที่วินิจฉัยโรคเบาหวาน.....

โรคร่วม : ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน

ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน : โรคไตจากเบาหวาน เบาหวานจอตา เคยมีแผลที่เท้า

โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ

ยาทั้งหมดที่ใช้ในปัจจุบัน

.....
.....

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

ช่วยเหลือตัวเอง ทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องมีผู้ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

น้ำหนักปัจจุบันส่วนสูง.....ดัชนีมวลกาย.....

จุดเด่นของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ให้ข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ให้การดูแลรักษา

วันที่.....