คู่มือการปฏิบัติงาน

การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564

Version 2.4

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version 2.4 ปีงบประมาณ 2564

ที่ปรึกษา

1. ผศ.(พิเศษ) นพ.สุภโชค เวชภัณฑ์เภสัช ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
2. แพทย์หญิงมานิตา พรรณวดี รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน

คณะผู้จัดทำ

1. นางเดือนเพ็ญ โยเฮือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
2. นางสาวภคพร สังข์ทอง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
3. นายวัชรินทร์ โสภาพ นักวิชาการคอมพิวเตอร์
4. นางสาวนุชนาฎ อินทชัย นักวิชาการสถิติ
5. นายธนาธิปกรณ์ เพียรทอง นักวิชาการคอมพิวเตอร์
6. นายบัณฑิต นวนเนตร นักวิชาการคอมพิวเตอร์

จัดทำโดย : กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

หน้า

ความเป็นมา 1
วัตถุประสงค์ 2
การจัดส่งข้อมูล 2
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 2
คำอธิบายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 3
ประเภทของแฟ้มข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 3
รหัสมาตรฐาน ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 4
รหัสมาตรฐานในแฟ้มสะสม 4
รหัสมาตรฐานในแฟ้มบริการ 6
รหัสมาตรฐานในแฟ้มบริการกึ่งสำรวจ 10
สรุปรายการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564 12
รายการแก้ไขรหัสในโครงสร้างมาตรฐานด้านข้อมูลสุขภาพ 12
รายการแก้ไขโครงสร้าง 43 แฟ้ม ปีงบประมาณ 2564 13
รายการปรับปรุงรายละเอียดภายในโครงสร้าง 43 แฟ้ม ปีงบประมาณ 2564 13
โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วย 17
แฟ้ม (1) PERSON 17
แฟ้ม (2) ADDRESS 21
แฟ้ม (3) DEATH 23
แฟ้ม (4) CHRONIC 25
แฟ้ม (5) CARD 27
แฟ้ม (6) HOME 29
แฟ้ม (7) VILLAGE 33
แฟ้ม (8) DISABILITY 37
แฟ้ม (9) PROVIDER 39
แฟ้ม (10) WOMEN 41
แฟ้ม (11) DRUGALLERGY 43
แฟ้ม (12) FUNCTIONAL 46
แฟ้ม (13) ICF 48

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

แฟ้ม (14) SERVICE 50
แฟ้ม (15) DIAGNOSIS_OPD 53
แฟ้ม (16) DRUG_OPD 55
แฟ้ม (17) PROCEDURE_OPD 57
แฟ้ม (18) CHARGE_OPD 59
แฟ้ม (19) SURVEILLANCE 61
แฟ้ม (20) ACCIDENT 64
แฟ้ม (21) LABFU 67
แฟ้ม (22) CHRONICFU 69
แฟ้ม (23) ADMISSION 71
แฟ้ม (24) DIAGNOSIS_IPD 75
แฟ้ม (25) DRUG_IPD 77
แฟ้ม (26) PROCEDURE_IPD 79
แฟ้ม (27) CHARGE_IPD 81
แฟ้ม (28) APPOINTMENT 83
แฟ้ม (29) DENTAL 85
แฟ้ม (30) REHABILITATION 89
แฟ้ม (31) NCDSCREEN 92
แฟ้ม (32) FP 95
แฟ้ม (33) PRENATAL 97
แฟ้ม (34) ANC 99
แฟ้ม (35) LABOR 101
แฟ้ม (36) POSTNATAL 103
แฟ้ม (37) NEWBORN 105
แฟ้ม (38) NEWBORNCARE 108
แฟ้ม (39) EPI 110
แฟ้ม (40) NUTRITION 112
แฟ้ม (41) SPECIALPP 114
แฟ้ม (42) COMMUNITY_ACTIVITY 116
แฟ้ม (43) COMMUNITY_SERVICE 117

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

แฟ้ม (44) CARE_REFER 119
แฟ้ม (45) CLINICAL_REFER 121
แฟ้ม (46) DRUG_REFER 123
แฟ้ม (47) INVESTIGATION_REFER 125
แฟ้ม (48) PROCEDURE_REFER 127
แฟ้ม (49) REFER_HISTORY 130
แฟ้ม (50) REFER_RESULT 134
แฟ้ม (51) DATA_CORRECT 136
แฟ้ม (52) POLICY 137
ภาคผนวก
รายการเปลี่ยนแปลงแก้ไขรหัสและโครงสร้าง 43 แฟ้ม เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2561(Version2.3) และ ปีงบประมาณ 2564(Version2.4) 139

คู่มือการปฏิบัติงาน
การจัดเก็บและส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข Version 2.4 ปีงบประมาณ 2564

.....

ความเป็นมา

มาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาขึ้นเพื่อประโยชน์ในการบันทึก และการจัดเก็บข้อมูลบริการสุขภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในหน่วยบริการทุกระดับ เพื่อใช้ทดแทนระบบระเบียนรายงานแบบเดิม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา ตามนโยบายการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงสร้างข้อมูลด้านสุขภาพ ในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน และแฟ้มโครงสร้างข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบ 7 แฟ้มมาตรฐาน เป้าหมาย เพื่อให้หน่วยบริการทุกระดับสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพร่วมกันได้ ลดภาระการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ โดยมุ่งหวังให้เจ้าหน้าที่มีเวลาและให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง และมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นเพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงมีข้อมูลที่มีคุณภาพใช้ในการกำหนดนโยบาย และวางแผนการจัดการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการประกาศโครงสร้างเพื่อการใช้งาน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา ด้วยการกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐาน (Minimum data set) ที่หน่วยงานระดับกระทรวง ระดับกรม และระดับจังหวัด ใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ รวมถึง กำหนดระบบข้อมูลและระบบรายงาน ที่ผ่านการเห็นชอบ และสั่งการโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้หน่วยบริการจัดเก็บและใช้ประโยชน์ร่วมกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อน และลดภาระในการจัดเก็บข้อมูล จนกระทั่งพบปัญหาจากการบันทึกและการจัดเก็บข้อมูล 2 ประเด็น คือ 1) ไม่สามารถแก้ไขข้อมูลในแฟ้มที่มีการบันทึกได้ และ 2) ไม่มีข้อมูลที่สนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายเร่งด่วน จึงมีการเพิ่มแฟ้มมาตรฐานเพื่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อีก 2 แฟ้ม ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 เป็นต้นมา ประกอบด้วย

1.) แฟ้ม DATA CORRECT เป็นแฟ้มมาตรฐานเพื่อการแก้ไขข้อมูล

2.) แฟ้ม POLICY เป็นแฟ้มมาตรฐานเพื่อการจัดเก็บข้อมูลเพิ่มเติมตามนโยบาย

เพื่อให้การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งจัดตั้งทีมคุณภาพระดับอำเภอ และ ระดับจังหวัด ให้มีการประสานงานกันในระดับเขตสุขภาพ โดยมีเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ดังนี้

1. มีข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง และความทันเวลา
2. มีทีมในระดับอำเภอ/จังหวัด สำหรับการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ และการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ในระดับพื้นที่
3. มีเครื่องมือหรือโปรแกรมที่ใช้สำหรับการตรวจสอบข้อมูลทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และส่วนกลาง
4. มีการคืนข้อมูลกลับให้หน่วยงานในพื้นที่ ได้ใช้ประโยชน์
5. ชุดข้อมูลสุขภาพต้องเป็นชุดเดียวกัน ไม่ว่าจะจัดเก็บ/จัดส่งที่ไหน
6. ดำเนินการตามแนวทางมาตรฐานการบันทึก การจัดเก็บ การส่งออกข้อมูลตามแฟ้มมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดทำสถิติ และการป้องกันการรั่วไหลหรือเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย
7. มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูล 43 แฟ้ม ในการติดตามตัวชี้วัดหรือนโยบายต่าง ๆ

ในปีงบประมาณ 2563 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ร่วมกับคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ได้ปรับปรุงรายละเอียดข้อมูลในโครงสร้างข้อมูลด้านสุขภาพ รูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐาน ให้มีความชัดเจน เพื่อให้หน่วยบริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อการรายงาน การติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย ทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับจังหวัด ระดับกรม วิชาการ ระดับกระทรวง และในภาพรวมของประเทศ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น โดยปรับปรุงเป็น Version 2.4 ปีงบประมาณ 2564

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นคู่มือการดำเนินงานในการจัดเก็บ/บันทึก/จัดส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน บริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป
2. เพื่อใช้เป็นคู่มือในการตรวจสอบความครบถ้วน ทันเวลา และความถูกต้องของข้อมูล รหัสมาตรฐานตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

การจัดส่งข้อมูล

หน่วยบริการ ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น ๆ สามารถบันทึกข้อมูลบริการและส่งออกข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล ตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ภายหลังสิ้นสุดการบริการและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเรียบร้อยแล้ว มายังคลังข้อมูล Health Data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดเวลาเพื่อการประมวลผลข้อมูลทุกวัน เวลา 01.00 น. ทั้งนี้ หากหน่วยบริการ ยังไม่สามารถส่งออกข้อมูลบริการเพื่อการประมวลผลได้ทุกวัน ควรดำเนินการตรวจสอบคุณภาพและส่งออกข้อมูลให้ทันตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้เดิม คือ

ผู้ป่วยนอก	ส่งข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล	ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป
ผู้ป่วยใน	ส่งข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล	ภายใน 30 วัน ของเดือนถัดไป

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ระดับจังหวัด

ผู้รับผิดชอบงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และหรือ ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และหรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย เป็นผู้ตรวจสอบคลังข้อมูล (Data center) ระดับจังหวัด

ส่วนกลาง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ติดตามความครบถ้วน ทันเวลา และคุณภาพข้อมูล ตามตัวชี้วัดและการประมวลผลตามมาตรฐานรายงาน (Standard report) ร่วมกับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และกรมวิชาการต่าง ๆ

ระยะเวลาการตรวจสอบข้อมูล และรับฟังประเด็นปัญหา/ข้อเสนอแนะต่าง ๆ

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ประเมินผลความครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลาของหน่วยบริการที่ส่งข้อมูล ทุกเดือน
2. ติดตามรับฟังประเด็นปัญหา/ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ร่วมกับทีมงาน Health Data Center (HDC) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำอธิบายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ความหมายคอลัมน์ตารางโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

รายการ	**ความหมาย**
No (1)	ลำดับที่
CAPTION (2)	หัวข้อ
DESCRIPTION (3)	คำอธิบาย
ควรบันทึก (4)	การบันทึกข้อมูลเพื่อออกรายงานที่สมบูรณ์ ใช้ในการค้นหาสอบสวน หรืออ้างอิงในกรณีต่าง ๆ
NAME (5)	ชื่อฟิลด์
PK (6)	Primary Key (ฟิลด์ที่ระบุความไม่ซ้ำกันของข้อมูล) ระบุความไม่ว่างสถานะ Y / ว่างไม่ระบุสถานะ
TYPE (7)	ชนิดข้อมูล (D = Date, DT = Date time, C = Character, N = Number)
WIDTH (8)	ความกว้างของฟิลด์
NOT NULL (9)	ฟิลด์ที่ระบุความไม่ว่าง (สถานะY) / ว่าง (ไม่ระบุสถานะ)

ประเภทของแฟ้มข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ลักษณะการจัดเก็บ หรือประเภทของข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยบริการ สามารถแบ่งเป็น 5 ลักษณะ ได้แก่ แฟ้มสะสม แฟ้มบริการ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ แฟ้มตามนโยบาย และแฟ้มแก้ไข ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แฟ้มสะสม กำหนดให้จัดเก็บข้อมูลโดยการสำรวจปีละครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี กรณีที่มีผู้มารับบริการที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงแก้ไขข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิมให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น มีจำนวน 10 แฟ้ม

2. แฟ้มบริการ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น มีจำนวน 25 แฟ้ม

3. แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ กำหนดให้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ พร้อมทั้งให้มีการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบที่ไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นและบันทึกข้อมูล และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น มีจำนวน 15 แฟ้ม

4. แฟ้มตามนโยบาย เป็นการเก็บข้อมูลตามนโยบาย มีจำนวน 1 แฟ้ม

5. แฟ้มแก้ไข เป็นแฟ้มที่บันทึกการแก้ไขในรายละเอียดของแต่ละแฟ้ม เช่น กรณีพบข้อมูลผิดพลาดต้องการแก้ไขข้อมูล มีจำนวน 1 แฟ้ม

ประเภทแฟ้มข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

แฟ้มสะสม	แฟ้มบริการ	แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ	แฟ้มตามนโยบาย	แฟ้มแก้ไข
1.PERSON	1.FUNCTIONAL	1.ADDRESS	1. POLICY	1.DATA_CORRECT
2.CHRONIC	2.ICF	2.DEATH		
3.CARD	3.SERVICE	3.LABFU		
4.HOME	4.DIAGNOSIS_OPD	4.CHRONICFU		
5.VILLAGE	5.DRUG_OPD	5.REHABILITATION		
6.DISABILITY	6.PROCEDURE_OPD	6.NCDSCREEN		
7.PROVIDER	7.CHARGE_OPD	7.FP		
8.WOMEN	8.SURVEILLANCE	8.ANC		
9. DRUGALLERGY	9.ACCIDENT	9.LABOR		
10. PRENATAL	10.ADMISSION	10.POSTNATAL		
	11.DIAGNOSIS_IPD	11.NEWBORN		
	12.DRUG_IPD	12.NEWBORNCARE		
	13.PROCEDURE_IPD	13.EPI		
	14.CHARGE_IPD	14.NUTRITION		
	15.APPOINTMENT*	15.SPECIALPP		
	16.DENTAL			
	17.COMMUNITY_ACTIVITY			
	18.COMMUNITY_SERVICE			
	19.CARE_REFER			
	20.CLINICAL_REFER			
	21.DRUG_REFER			
	22.INVESTIGATION_REFER			
	23.PROCEDURE_REFER			
	24.REFER_HISTORY			
	25.REFER_RESULT			

หมายเหตุ: *แฟ้มที่ส่วนกลางไม่ได้ใช้ในการประมวลผล

รหัสมาตรฐาน ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

รหัสมาตรฐานในแฟ้มสะสม

แฟ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน
1-PERSON	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสคำนำหน้าชื่อ • รหัสเพศ • รหัสสถานภาพสมรส • รหัสอาชีพ (เก่า) • รหัสอาชีพ (ใหม่)

แฟ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน
	• รหัสเชื้อชาติ • รหัสสัญชาติ • รหัสศาสนา • รหัสระดับการศึกษา • รหัสสถานะในครอบครัว • รหัสสถานะในชุมชน • รหัสสถานะสาเหตุการจำหน่าย • รหัสหมู่เลือด • รหัสหมู่เลือด RH • รหัสความเป็นคนต่างด้าว • รหัสสถานะบุคคล
2-CHRONIC	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง • รหัสหน่วยบริการที่วินิจฉัยครั้งแรก • รหัสหน่วยบริการที่รับบริการประจำ • รหัสประเภทการจำหน่ายหรือสถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด
3-CARD	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสประเภทสิทธิการรักษา (เก่า) • รหัสประเภทสิทธิการรักษา (ใหม่) • รหัสหน่วยบริการหลัก • รหัสหน่วยบริการรอง
4-HOME	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสประเภทที่อยู่ • รหัสที่ตั้ง • รหัสการมีส้วม • รหัสน้ำดื่มพอเพียงตลอดปี • รหัสประเภทแหล่งน้ำดื่ม • รหัสวิธีการกำจัดมูลฝอยทั่วไป • รหัสการจัดบ้านถูกหลัก • รหัสความคงทน • รหัสความสะอาด • รหัสการระบายอากาศ • รหัสแสงสว่าง • รหัสการบำบัด/การกำจัดน้ำเสีย • รหัสสารปรุงแต่งในครัว • รหัสสารควบคุมแมลงนำโรค

แฟ้มสะสม	รหัสมาตรฐาน
	• รหัสการควบคุมสัตว์นำโรค • รหัสการจัดเก็บสารเคมีอันตราย
5-VILLAGE	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสบ่อกำจัดน้ำเสียในชุมชน • รหัสสถานที่จัดการมูลฝอยในชุมชน
6-DISABILITY	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสประเภทความพิการ • รหัสสาเหตุความพิการ • รหัสโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของความพิการ
7-PROVIDER	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสเพศ • รหัสประเภทบุคลากร • รหัสสภาวิชาชีพ
8-WOMEN	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสวิธีการคุมกำเนิด • รหัสสาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด
9-DRUGALLERGY	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสยาที่มีประวัติการแพ้ยา • รหัสประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา • รหัสระดับความรุนแรงของการแพ้ยา • รหัสลักษณะอาการของการแพ้ยาที่พบ • รหัสผู้ให้ประวัติการแพ้ยา • รหัสหน่วยบริการที่ให้ประวัติการแพ้ยา
10-PRENATAL	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสผลการตรวจ VDRL_RS • รหัสผลการตรวจ HB_RS • รหัสผลการตรวจ HIV_RS • รหัสผลการตรวจ THALASSAEMIA

รหัสมาตรฐานในแฟ้มบริการ

แฟ้มบริการ	CAPTION
1-FUNCTIONAL	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสวิธีประเมินความบกพร่อง • รหัสภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุ
2-ICF	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสสภาวะสุขภาพ • รหัสระดับของสภาวะสุขภาพ

แฟ้มบริการ	CAPTION
3-SERVICE	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสที่ตั้งของที่อยู่ผู้รับบริการ • รหัสเวลามารับบริการ • รหัสประเภทสิทธิการรักษา • รหัสหน่วยบริการหลัก • รหัสประเภทการมารับบริการ • รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา • รหัสสาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ • รหัสสถานที่รับบริการ (ใน/นอกหน่วยบริการ) • รหัสสถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ • รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยไป • รหัสสาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย
4-DIAGNOSIS_OPD	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสประเภทการวินิจฉัย • รหัสโรคที่วินิจฉัย • รหัสแผนกที่รับบริการ
5-DRUG_OPD	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสแผนกที่รับบริการ • รหัสยา 24 หลัก หรือ รหัสยา TMT หรือ รหัสยาของหน่วยบริการ • รหัสหน่วยนับของยา
6-PROCEDURE_OPD	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสแผนกที่รับบริการ • รหัสหัตถการ
7-CHARGE_OPD	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสหมวดของค่าบริการ • รหัสรายการค่าบริการ • รหัสสิทธิการรักษาที่เบิก • รหัสแผนกที่รับบริการ
8-SURVEILLANCE	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสกลุ่มอาการที่เฝ้าระวัง • รหัสการวินิจฉัยแรกรับ • รหัส 506 แรกรับ • รหัสการวินิจฉัยล่าสุด • รหัส 506 ล่าสุด • รหัสตำบล (ขณะป่วย) • รหัสอำเภอ (ขณะป่วย) • รหัสจังหวัด (ขณะป่วย) • รหัสสภาพผู้ป่วย

แฟ้มบริการ	CAPTION
	• รหัสสาเหตุการป่วย • รหัสชนิดของเชื้อโรค
9-ACCIDENT	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ (19 สาเหตุ) • รหัสสถานที่เกิดอุบัติเหตุ • รหัสประเภทการมารับบริการ กรณีอุบัติเหตุ • รหัสประเภทผู้บาดเจ็บ (อุบัติเหตุจราจร) • รหัสประเภทยานพาหนะที่เกิดเหตุ (อุบัติเหตุจราจร) • รหัสการดื่มแอลกอฮอล์ • รหัสการใช้ยาเสพติด • รหัสการคาดเข็มขัดนิรภัย • รหัสการสวมหมวกนิรภัย • รหัสการดูแลการหายใจ • รหัสการห้ามเลือด • รหัสการใส่ splint/ slab • รหัสการให้น้ำเกลือ • รหัสระดับความเร่งด่วน • รหัสระดับความรู้สึกทางด้านตา • รหัสระดับความรู้สึกทางด้านการพูด • รหัสระดับความรู้สึกทางด้านการเคลื่อนไหว
10-ADMISSION	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย • รหัสประเภทสิทธิการรักษา • รหัสประเภทการมารับบริการ • รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา • รหัสสาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ • รหัสแผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย • รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยไป • รหัสสาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย • รหัสสถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย • รหัสวิธีการจำหน่ายผู้ป่วย
11-DIAGNOSIS_IPD	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย • รหัสประเภทการวินิจฉัย • รหัสโรคที่วินิจฉัย
12-DRUG_IPD	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย

แฟ้มบริการ	CAPTION
	• รหัสประเภทการจ่ายยา • รหัสยา 24 หลัก หรือ รหัสยา TMT หรือ รหัสยาของหน่วยบริการ • รหัสหน่วยนับของยา
13-PROCEDURE_IPD	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย • รหัสหัตถการ
14-CHARGE_IPD	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย • รหัสหมวดของค่าบริการ • รหัสรายการค่าบริการ • รหัสสิทธิการรักษาที่เบิก
15-APPOINTMENT	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสประเภทกิจกรรมที่นัด • รหัสโรคที่นัดมาตรวจ • รหัสแผนกที่รับบริการ
16-DENTAL	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสบริการใน-นอกหน่วยบริการ • รหัสจำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์ • รหัสจำเป็นต้องขูดหินนำลาย • รหัสประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ • รหัสจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม • รหัสสภาวะปริทันต์ • รหัสสังกัดโรงเรียนประถมศึกษา • รหัสระดับการศึกษา
17-COMMUNITY_ACTIVITY	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสกิจกรรมในชุมชน
18-COMMUNITY_SERVICE	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสให้บริการบุคคล ในชุมชน
19-CARE_REFER	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ
20-CLINICAL_REFER	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสการตรวจประเมินทางคลินิก
21-DRUG_REFER	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสยา 24 หลัก หรือ รหัสยา TMT หรือ รหัสยาของหน่วยบริการ
22-INVESTIGATION_REFER	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย • รหัสผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัยที่มีค่าเป็นตัวเลข
23-PROCEDURE_REFER	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสหัตถการและการรักษา

แฟ้มบริการ	CAPTION
24-REFER_HISTORY	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสหน่วยบริการส่งผู้ป่วยมา • รหัสแผนกที่ส่งต่อผู้ป่วย • รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยไป • รหัสประเภทผู้ป่วย • รหัสระดับความเร่งด่วน • รหัสกลุ่มโรคเฉพาะเพื่อการส่งต่อ • รหัสสาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย
25-REFER_RESULT	• รหัสหน่วยบริการที่รับส่งต่อ • รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา

รหัสมาตรฐานในแฟ้มบริการกึ่งสำรวจ

แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ	CAPTION
1-ADDRESS	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสประเภทของที่อยู่ • รหัสหมู่ที่ • รหัสตำบล (ตามทะเบียนบ้าน), (ที่ติดต่อได้) • รหัสอำเภอ (ตามทะเบียนบ้าน), (ที่ติดต่อได้) • รหัสจังหวัด (ตามทะเบียนบ้าน), (ที่ติดต่อได้) • รหัสลักษณะของที่อยู่
2-DEATH	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย A • รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย B • รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย C • รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย D • รหัสหน่วยบริการที่เสียชีวิต • รหัสโรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน • รหัสสาเหตุการตาย • รหัสการตั้งครรภ์และการคลอด • รหัสสถานที่ตาย (ใน/นอกหน่วยบริการ)
3-LABFU	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการเดิม (รหัส 2 หลัก) • รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ICD-10-TM)
4-CHRONICFU	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสตรวจเท้า • รหัสตรวจจอประสาทตา
5-REHABILITATION	• รหัสหน่วยบริการ

แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ	CAPTION
	• รหัสบริการฟื้นฟูสภาพ • รหัสกายอุปกรณ์ที่ได้รับ • รหัสสถานที่รับบริการ
6-NCDSCREEN	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสบริการใน-นอกหน่วยบริการ • รหัสประวัติสูบบุหรี่ • รหัสประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ • รหัสประวัติเบาหวานในญาติสายตรง • รหัสประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรง • รหัสวิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด • รหัสหน่วยบริการที่รับบริการคัดกรอง
7-FP	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสวิธีการคุมกำเนิดปัจจุบัน • รหัสสถานที่รับบริการ
8-ANC	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสช่วงอายุครรภ์ • รหัสผลการตรวจครรภ์ • รหัสหน่วยบริการที่รับบริการฝากครรภ์
9-LABOR	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสผลการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ • รหัสสถานที่คลอด • รหัสหน่วยบริการที่คลอด • วิธีการคลอด/สิ้นสุดการตั้งครรภ์ • รหัสประเภทผู้ทำคลอด
10-POSTNATAL	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสหน่วยบริการที่ดูแลแม่ • รหัสผลการตรวจมารดาหลังคลอด
11-NEWBORN	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสสถานที่คลอด • รหัสหน่วยบริการที่คลอด • รหัสลำดับที่ ของทารกที่คลอด • รหัสวิธีการคลอด • รหัสประเภทของผู้ทำคลอด • รหัสภาวะการณ์ขาดออกซิเจน • รหัสได้รับวิตามิน K หรือไม่ • รหัสได้รับการตรวจ TSH หรือไม่

แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ	CAPTION
12-NEWBORNCARE	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสหน่วยบริการที่ดูแลลูก • รหัสผลการตรวจทารกหลังคลอด • รหัสอาหารที่รับประทาน
13-EPI	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสชนิดวัคซีน • รหัสหน่วยบริการที่รับวัคซีน
14-NUTRITION	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ • รหัสระดับพัฒนาการเด็ก • รหัสอาหารที่รับประทานปัจจุบัน • รหัสการใช้ขวดนม
15-SPECIALPP	• รหัสหน่วยบริการ • รหัสบริการใน/นอกหน่วยบริการ • รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ • รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ

สรุปรายการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564

รายการแก้ไขรหัสในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการรหัสมาตรฐานที่แก้ไข
1	PROVIDER	รหัสประเภทบุคลากร : เพิ่ม/ปรับคำอธิบายรหัส
2	PROCEDURE_OPD	รหัสหัตถการ : เพิ่มรหัสหัตถการทันตกรรม
3	LABFU	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : เพิ่มรหัส รหัสผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : เพิ่มรหัส
4	DENTAL	รหัสระดับการศึกษา : ตัดการบันทึกด้วยรหัสระดับการศึกษาเป็นระบุตัวเลขตามชั้นที่เรียน รหัสสังกัดโรงเรียนประถมศึกษา : เพิ่ม/ปรับคำอธิบายรหัส รหัสประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ : ปรับคำอธิบายรหัส รหัสสภาวะปริทันต์ : ปรับคำอธิบายรหัส
5	EPI	รหัสวัคซีน : เพิ่มเติมและปรับปรุงตามสำนักวัคซีน กรมควบคุมโรค
6	SPECIALPP	รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ : เพิ่ม/ปรับคำอธิบายรหัส
7	COMMUNITY_ACTIVITY	รหัสกิจกรรมในชุมชน : เพิ่ม/ปรับคำอธิบายรหัส
8	COMMUNITY_SERVICE	รหัสการให้บริการสุขภาพระดับบุคคลในชุมชน : เพิ่ม/ปรับคำอธิบายรหัส

หมายเหตุ: ใช้คำว่า **หน่วยบริการ** ในรหัสมาตรฐาน แทนคำว่า **สถานบริการ**

รายการแก้ไขโครงสร้าง 43 แฟ้ม ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการแก้ไข
1	LABFU	**เพิ่มฟิลด์ ลำดับที่ 10 เลขที่ผู้ให้บริการ** - เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน (บันทึกเฉพาะผู้ยืนยันผล LAB ที่เป็นนักเทคนิคการแพทย์ กรณีไม่ใช่นักเทคนิคการแพทย์ให้เว้นว่างไว้)
2	PRENATAL	**เพิ่มฟิลด์ ลำดับที่ 15 ส่วนสูง (ซม.)** - ส่วนสูง(ซม.)ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลักและทศนิยม 1 ตำแหน่งเช่น 155.9 - NOT NULL = Y
3	ANC	**เพิ่มฟิลด์ ลำดับที่ 13 น้ำหนัก (กก.)** - น้ำหนัก(กก.) ของหญิงตั้งครรภ์ ในวันที่มารับบริการ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลักและทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 45.5 - NOT NULL = Y
4	NEWBORN	**เพิ่มฟิลด์ลำดับที่ 20 ความยาว (ซม.) (LENGTH)** - ความยาว(ซม.)ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลักและทศนิยม1ตำแหน่ง - NOT NULL = Y **เพิ่มฟิลด์ลำดับที่ 21 เส้นรอบศีรษะ (ซม.) (HEADCIRCUM)** - เส้นรอบศีรษะ (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3หลักและทศนิยม 1 ตำแหน่ง

รายการปรับปรุงรายละเอียดภายในโครงสร้าง 43 แฟ้ม ปีงบประมาณ 2564

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการแก้ไข
1	HOME, VILLAGE	**เพิ่มคำอธิบายหมายเหตุ** - การบันทึกรหัสหมู่บ้าน ในกรณีที่มีหมู่บ้านเกิน 3 หลัก ให้บันทึกในรูปแบบ 2 หลัก ดังนี้ - หลักที่ 1 ระบุเป็นตัวอักษร A-Z แทนด้วยค่าตั้งแต่ 10-35 ตามลำดับ เช่น A หมายถึง 10 , B หมายถึง 11 ไปถึง Z หมายถึง 35 เป็นต้น - หลักที่ 2 ระบุเป็นตัวเลข 1 หลักมีค่าตั้งแต่ 0-9 ตัวอย่างการใช้งาน เช่น A0 หมายถึง 100, B9 หมายถึง 119, Z9 หมายถึง 359 เป็นต้น
2	PROVIDER	**เพิ่มคำอธิบายหมายเหตุ** - ทุกแฟ้มที่มีการอ้างถึงเลขที่ผู้ให้บริการ (PROVIDER) ให้ใช้รหัสประเภทบุคลากร (PROVIDERTYPE) จากแฟ้ม PROVIDER **ลำดับที่ 11 ประเภทรหัสบุคลากร** - เพิ่มคำอธิบาย ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเหตุ : รหัสบุคลากรสามารถบันทึกได้หลายรหัส โดยคั่นแต่ละรหัสด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) - เพิ่มขนาดความกว้างฟิลด์จาก 3 เป็น 15

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการแก้ไข
3	LABFU	**ปรับลักษณะแฟ้ม** จากแฟ้มบริการ เป็น <u>แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ</u> **นิยามข้อมูล** แก้ไขเป็น - ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย **ทุกราย** **ขอบเขตข้อมูล** แก้ไขเป็น - ผู้ป่วย**ทุกราย** ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ **นิยามที่เกี่ยวข้อง** แก้ไขเป็น - ผู้ป่วย**ทุกราย** ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ **ลำดับที่ 6 ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ** - เพิ่มคำอธิบาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(จุดทศนิยม 2 หลัก) (การแปลผลของผล LAB ให้ใช้ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน) - LABRESULT สามารถบันทึกเป็นText - ชนิดข้อมูล (TYPE) = C (Character) มีความยาวถึง 255
4	DRUG_IPD	**ลำดับที่ 9 วันที่เริ่มให้ยา** - แก้ไข NOT NULL = Y เพื่อเพิ่มความจำเป็นในการบันทึกตัวแปรนี้เพื่อคุณภาพข้อมูลของวันที่เริ่มให้ยา
5	DENTAL	**นิยามข้อมูล** แก้ไขเป็น ข้อมูลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่และข้อมูลวางแผนการส่งเสริมป้องกันและรักษาของผู้ที่มารับบริการ **ขอบเขตข้อมูล** เพิ่มคำอธิบายขอบเขตข้อมูล ดังนี้ - บันทึกข้อมูลในแฟ้ม Dental เฉพาะผู้ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ และวางแผนให้บริการสุขภาพช่องปาก 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ANC ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟังทุกซี่ อย่างน้อย 1 ครั้ง 2) เด็กในโรงเรียนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ 3) ผู้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพในกรณีที่ตรวจสุขภาพทั้งปากในโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ **ลำดับที่ 5 รหัสประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ** - เพิ่มคำอธิบาย 1 = กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 2 = กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 0-5 ปี) 3 = กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) 4 = กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) 5 = กลุ่มอื่น ๆ (นอกเหนือจาก 4 กลุ่มแรก) **ลำดับที่ 7 จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)** - แก้ไข NOT NULL = Y

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการแก้ไข
		ลำดับที่ 8 จำนวนฟันแท้ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่) - แก้ไข NOT NULL = Y - แก้ไขคำอธิบายจำนวนฟันแท้ผุ ทั้งกรณี ที่ยังไม่ได้อุด หรืออุดแล้วมีผุเพิ่ม(ซี่) **ลำดับที่ 9 จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 10 จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 11 จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 12 จำนวนฟันน้ำนมผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)** - แก้ไข NOT NULL = Y - แก้ไขคำอธิบายจำนวนฟันน้ำนมผุ ทั้งกรณี ที่ยังไม่ได้อุดหรืออุดแล้วมีผุเพิ่ม(ซี่) **ลำดับที่ 13 จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 14 จำนวนฟันน้ำนมที่ถอน(ซี่)** - แก้ไข NOT NULL = Y - แก้ไขCAPTION จำนวนฟันน้ำนมที่ถอน (ซี่) - แก้ไขคำอธิบาย จำนวนฟันน้ำนมที่ถอน ไม่นับรวมกรณีหลุดตามอายุ (ซี่) **ลำดับที่ 15 รหัสจำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 16 รหัสจำเป็นต้องขูดหินน้ำลาย** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 17 จำนวนฟันที่ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 18 จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 19 จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องอุด** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 20 จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 21 จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 22 รหัสจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 23 จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้** - เพิ่มคำอธิบาย จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้ (คู่) **ลำดับที่ 24 จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม** - แก้ไขคำอธิบาย จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥60 ปี (คู่)

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการแก้ไข
		ลำดับที่ 25 จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม - แก้ไขคำอธิบาย จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี (คู่) **ลำดับที่ 26 รหัสสภาวะปริทันต์** - แก้ไขคำอธิบาย 0 = ปกติ, 1 = เหงือกอักเสบ, 2 = มีหินน้ำลายชัดเจน 3 = ปริทันต์อักเสบหรือมีฟันโยก, 9 = ไม่มีฟันหรือตรวจไม่ได้ - แก้ไขความกว้างฟิลด์ จาก 6 เป็น 1 **ลำดับที่ 27 รหัสสถานศึกษา** - แก้ไขคำอธิบาย กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุสังกัดของโรงเรียน เป็น ระดับการศึกษาและสังกัดของโรงเรียน 1 = ศพด. หรือระดับอนุบาล 2 = ประถมศึกษารัฐบาล 3 = ประถมศึกษาเทศบาล 4 = ประถมศึกษาท้องถิ่น 5 = ประถมศึกษาเอกชน 6 = มัธยมศึกษารัฐบาล 7 = มัธยมศึกษาเทศบาล 8 = มัธยมศึกษาท้องถิ่น 9 = มัธยมศึกษาเอกชน **ลำดับที่ 28 ระดับการศึกษา** - แก้ไขคำอธิบาย กรณีเป็นกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน หรือเด็กวัยเรียน ให้ระบุชั้นที่ศึกษา เป็นเลข 1, 2, 3, 4, 5 หรือ 6 **ลำดับที่ 29 เลขที่ผู้ให้บริการ** - แก้ไข NOT NULL = Y
6	FP	**ลักษณะแฟ้ม** - เปลี่ยนจากแฟ้มบริการ เป็น แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
7	PRENATAL	**นิยามที่เกี่ยวข้อง** เพิ่มคำอธิบาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ผลการตรวจครั้งแรก
8	ANC	**ลำดับที่ 6** ANC ช่วงที่แก้ไขคำอธิบาย - การนัดช่วงที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ - การนัดช่วงที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13 - < 20 สัปดาห์ - การนัดช่วงที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 20 - < 26 สัปดาห์ - การนัดช่วงที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 26 - < 32 สัปดาห์ - การนัดช่วงที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 32 - 40 สัปดาห์
9	NEWBORN	**ลำดับที่ 13** น้ำหนักแรกคลอด (กรัม) - แก้ไข NOT NULL = Y
10	NUTRITION	**ลำดับที่ 7** ส่วนสูง (ซม.) เพิ่มคำอธิบาย - ส่วนสูง (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 155.9 **ลำดับที่ 8** เส้นรอบศีรษะ (ซม.) เพิ่มคำอธิบาย - เส้นรอบศีรษะ (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลักและทศนิยม1ตำแหน่ง

โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ และการส่งต่อผู้ป่วย

โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อแฟ้ม (1)	PERSON version2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในเขตรับผิดชอบ และผู้ที่มาใช้บริการ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ 2. ประชาชนทุกคนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ 3. ผู้มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. การสำรวจดำเนินการดังนี้ 1.1 สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 1.2 กรณีที่ไม่ได้อยู่ในช่วงระยะเวลาสำรวจแต่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงประชากร เช่น เกิด ตาย ย้ายเข้า ย้ายออก ให้บันทึกและส่งภายในรอบเดือนนั้นๆ 2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม เช่น เปลี่ยนสถานะเป็นตายให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม และส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ
นิยามที่เกี่ยวข้อง	1. เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ ตาม กรณีดังนี้ 1.1 หน่วยบริการ ตั้งอยู่ตำบล ก. รับผิดชอบตำบล ก. บันทึกเฉพาะตำบล ก.เท่านั้น 1.2 หน่วยบริการ ตั้งอยู่ตำบล ก. รับผิดชอบตำบล ก. และตำบล ข. ให้บันทึกทั้งสองตำบล 1.3 หน่วยบริการ ตั้งอยู่ตำบล ก. แต่รับผิดชอบตำบล ข. ให้บันทึกเฉพาะตำบล ข. เท่านั้น 1.4 กรณีอื่นๆ ให้บันทึกเฉพาะ ตำบล หรือ หมู่บ้าน หรือ บ้านเลขที่ที่รับผิดชอบเท่านั้น

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
2	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓	PID	Y	C	15	Y
4	รหัสบ้าน	รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม HOME และรหัสนี้จะซ้ำกันได้หากบุคคลอาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน อ้างอิงเพื่อค้นหาบ้านในแฟ้ม HOME (หลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ) กรณีที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ หมายเหตุ : กรณีไม่เป็นค่าว่างอ้างอิงตาม HID ในแฟ้ม HOME	✓	HID		C	14	
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) ในกรณีที่มีเลขทะเบียนที่ต่างไปจาก 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) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 และสามารถคำนวนเป็นวันที่ตามมาตรฐานได้	✓	BIRTH		C	8	Y
11	รหัสสถานะสมรส	1 = โสด, 2 = คู่, 3 = หม้าย, 4 = หย่า, 5 = แยก, 6 = สมณะ, 9 = ไม่ทราบ	✓	MSTATUS		C	1	
12	รหัสอาชีพ(เก่า)	รหัสมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน		OCCUPATION_OLD		C	3	
13	รหัสอาชีพ(ใหม่)	รหัสมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	OCCUPATION_NEW		C	4	
14	รหัสเชื้อชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง		RACE		C	3	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
15	รหัสสัญชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง ถ้าไม่ทราบให้ระบุ 999 ตามรหัสมาตรฐาน	✓	NATION		C	3	Y
16	รหัสศาสนา	รหัสมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	RELIGION		C	2	
17	รหัสระดับการศึกษา	รหัสมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	EDUCATION		C	2	
18	รหัสสถานะในครอบครัว	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	
22	รหัสสถานะในชุมชน	1 = กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, 2 = อสม., 3 = แพทย์ประจำตำบล, 4 = สมาชิกอบต., 5 = อื่นๆ หมายเหตุ : กรณีที่เป็น อสม. และสถานะอื่นร่วมด้วย ให้ลงรหัส 2 เท่านั้น	✓	VSTATUS		C	1	
23	วันที่ย้ายเข้ามาเขตพื้นที่	วันเดือนปีที่ย้ายเข้า ในเขตรับผิดชอบ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31และ สามารถคำนวนเป็นวันที่ตามมาตรฐานได้		MOVEIN		C	8	
24	รหัสสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย	1 = ตาย, 2 = ย้าย, 3 = สาบสูญ, 9 =ไม่จำหน่าย หมายเหตุ : กรณี ผู้รับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบหรือคนในเขตที่ยังไม่ จำหน่าย ให้เป็น 9	✓	DISCHARGE		C	1	
25	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : YYYY=ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31และ สามารถคำนวณเป็นวันที่ตามมาตรฐานได้ บันทึกเฉพาะกรณีสถานะ/สาเหตุการ จำหน่าย (No.24) เป็น 1 = ตาย , 2 = ย้าย , 3 = สาบสูญ		DDISCHARGE		C	8	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
26	รหัสหมู่เลือด	1 = A , 2 = B , 3 = AB , 4 = O, 9 = ไม่ทราบ	✓	ABOGROUP		C	1	
27	รหัสหมู่เลือด RH	1 = positive , 2 = negative	✓	RHGROUP		C	1	
28	รหัสความเป็นคนต่างด้าว	รหัสมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเหตุ : เฉพาะกรณีที่เป็นประชากรต่างด้าว	✓	LABOR		C	2	
29	เลขที่ passport	เลขที่ passport หมายเหตุ : กรณีที่เป็นประชากรต่างด้าวที่มีเลขที่ passport		PASSPORT		C	20	
30	รหัสสถานะบุคคล	1=มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 2=มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง 3=มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ(ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ)แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ 4=ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามารับบริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 5=มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่ได้อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ เช่น คนเร่ร่อน ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น หมายเหตุ : กรณีที่เป็นต่างด้าวที่มาอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบสามารถลงเป็น 3 ได้ กรณีต่างด้าวนอกเขตสามารถลงเป็น 4 ได้ กรณีที่ต่างด้าวมาอยู่ในทะเบียนบ้านสามารถลงเป็น 1 ได้	✓	TYPEAREA		C	1	Y
31	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
32	เบอร์โทรศัพท์	เบอร์โทรศัพท์		TELEPHONE		C	15	
33	เบอรโทรศัพท์มือถือ	เบอร์โทรศัพท์มือถือ		MOBILE		C	15	

* หมายเหตุ : ลำดับที่ 12 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (2)	ADDRESS version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลที่อยู่ของผู้ที่มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ หรือประชาชนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบแต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่มีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ 2. ผู้มารับบริการที่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. กรณีที่มีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม
หมายเหตุ	- ประชาชนผู้ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ข้อมูลที่อยู่ จะอยู่ในแฟ้ม HOME - ข้อมูลที่อยู่ในแฟ้ม ADDRESS จะบันทึกเฉพาะข้อมูลที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเฉพาะกรณีที่ทะเบียนบ้านไม่ตรงกับที่อยู่จริงในเขตรับผิดชอบเท่านั้น
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	รหัสประเภทของที่อยู่	1 = ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน, 2 = ที่อยู่ที่ติดต่อได้	✓	ADDRESSTYPE	Y	C	1	Y
4	รหัสบ้านตามกรมการปกครอง	เลขประจำบ้าน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำบ้าน		HOUSE_ID		C	11	
5	รหัสลักษณะของที่อยู่	1 = บ้านเดี่ยว บ้านแฝด, 2 = ทาวน์เฮาส์ ทาวน์โฮม, 3 = คอนโดมิเนียม, 4 = อพาร์ทเมนท์ หอพัก, 5 = บ้านพักคนงาน, 8 = อื่นๆ, 9 = ไม่ทราบ	✓	HOUSETYPE		C	1	Y
6	เลขห้อง	หมายเลขห้อง กรณีอาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		ROOMNO		C	10	
7	ชื่ออาคารชุด	ชื่ออาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		CONDO		C	75	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
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	รหัสหมู่ที่	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น หมายเหตุ : กรณีอยู่ในเขตเทศบาลใช้ 00 กรณีไม่ทราบใช้ 99	✓	VILLAGE		C	2	Y
14	รหัสตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	TAMBON		C	2	Y
15	รหัสอำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	AMPUR		C	2	Y
16	รหัสจังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	CHANGWAT		C	2	Y
17	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
18	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (3)	DEATH version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการเสียชีวิตของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพ.ช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. กรณีที่มีผู้เสียชีวิตหลังเดือนสิงหาคม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมและส่งให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้น ๆ 3. กรณีที่มีผู้มารับบริการแล้วเสียชีวิตรายใหม่ หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการที่เสียชีวิตรายเดิม ให้ปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติม
หมายเหตุ	- กรณีเสียชีวิตในหน่วยบริการ หน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูล - หน่วยบริการระดับปฐมภูมิจะบันทึกข้อมูลประชาชนในเขตรับผิดชอบที่เสียชีวิต
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)		PID	Y	C	15	Y
3	รหัสหน่วยบริการที่เสียชีวิต	รหัสหน่วยบริการที่เป็นสถานที่เสียชีวิต กรณีเสียชีวิตในหน่วยบริการ กรณีไม่ทราบว่าตายในหน่วยบริการใดให้บันทึก "00000" หรือ "99999"		HOSPDEATH		C	5	
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน กรณีที่ผู้เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล		AN		C	9	
5	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) โดยเป็นครั้งที่เสียชีวิต		SEQ		C	16	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	วันที่ตาย	วันเดือนปีที่ตาย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก		DDEATH		D	8	Y
7	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการ	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD-10-TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_A		C	6	Y
8	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการ	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD-10-TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_B		C	6	
9	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการ	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD-10-TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_C		C	6	
10	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการ	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD-10-TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		CDEATH_D		C	6	
11	รหัสโรคหรือภาวะอื่นที่เป็น	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD-10-TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)		ODISEASE		C	6	
12	รหัสสาเหตุการตาย	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD-10-TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงตามรหัส ICD-10-TM ยกเว้นรหัส S,T,Z เนื่องจากรหัส S,T เป็นการให้รหัสการบาดเจ็บและการเป็นพิษ ส่วนรหัส Z เป็นรหัสการให้บริการด้านสุขภาพ		CDEATH		C	6	Y
13	รหัสการตั้งครรภ์และการคลอด	1 = เสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์, 2 = เสียชีวิตระหว่างคลอดหรือหลังคลอดภายใน 42 วัน หมายเหตุ : เฉพาะหญิงตั้งครรภ์		PREGDEATH		C	1	
14	รหัสสถานที่ตาย	1 = ในหน่วยบริการ, 2 = นอกหน่วยบริการ		PDEATH		C	1	Y
15	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน		PROVIDER		C	15	
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y
17	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (4)	CHRONIC version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ ที่คลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการ (Clinic Follow-Up)
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาล ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ ที่คลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการ (Clinic Follow-Up)
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ หรือปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม
หมายเหตุ	- บันทึกผลการสำรวจภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี - ข้อมูลผู้ป่วยโรครื้อรังในเขตรับผิดชอบ และหรือผู้มารับบริการ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรักษาโดยหน่วยบริการอื่น จะเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตรับผิดชอบที่ครบถ้วน - ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค อาจมี 1 รหัส หรือมากกว่า 1 รหัสก็ได้
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	วันที่ตรวจพบครั้งแรก	วันเดือนปีที่ตรวจพบครั้งแรก หมายเหตุ : วันเดือนปีที่ได้รับการวินิจฉัย/ตรวจพบครั้งแรก กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_DIAG	Y	D	8	Y
4	รหัสวินิฉัยโรคเรื้อรัง	รหัสโรค ICD-10-TM	✓	CHRONIC	Y	C	6	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	รหัสหน่วยบริการที่วินิจฉัยครั้งแรก	รหัสหน่วยบริการที่วินิจฉัยครั้งแรก หมายเหตุ : กรณีไม่ทราบให้บันทึกเป็น "00000"	✓	HOSP_DX		C	5	
6	รหัสหน่วยบริการที่รับบริการประจำ	รหัสหน่วยบริการที่ไปรับบริการประจำ		HOSP_RX		C	5	
7	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : บันทึกกรณีที่สามารถระบุประเภทการจำหน่าย หรือ สถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด (No. 8) ยกเว้น 03 = ยังรักษาอยู่, 05 = รอจำหน่าย/เฝ้าระวัง กำหนดรูปแบบเป็น YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_DISCH		D	8	
8	รหัสประเภทการจำหน่ายหรือสถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด	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, 11 = กลับเป็นซ้ำ	✓	TYPEDISCH		C	2	Y
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
10	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (5)	CARD version 2.4
	ข้อมูลประวัติการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ประชาชนทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ
	2. ผู้รับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
	2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม
หมายเหตุ	- บันทึกข้อมูลการมีหลักประกันสุขภาพทุกสิทธิที่มี
	- หากมีสิทธิใดที่สิ้นสุด ให้บันทึกวันที่สิ้นสุดของสิทธินั้น
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)		PID	Y	C	15	Y
3	รหัสประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐานเดิม		INSTYPE_OLD		C	2	
4	รหัสประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐานที่กำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		INSTYPE_NEW	Y	C	4	Y
5	เลขที่บัตรสิทธิ	หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา		INSID		C	18	
6	วันที่ออกบัตร	วันเดือนปีที่ออกบัตร กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		STARTDATE		D	8	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	วันที่หมดอายุ	วันเดือนปีที่บัตรหมดอายุ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		EXPIREDATE		D	8	
8	รหัสหน่วยบริการหลัก	รหัสหน่วยบริการหลักคู่สัญญา กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเหตุ : บันทึกกรณีประเภทสิทธิการรักษา เป็นสิทธิ UC		MAIN		C	5	
9	รหัสหน่วยบริการรอง	รหัสหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และหน่วยบริการในเครือข่าย 1 แห่ง (ถ้ามี) สำหรับประกันสังคม ตามมาตรฐานจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเหตุ : บันทึกกรณีประเภทสิทธิการรักษา เป็นสิทธิ UC		SUB		C	5	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y
11	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

* หมายเหตุ : ลำดับที่ 3 ยกเลิก ให้ใช้ลำดับที่ 4 แทน

ชื่อแฟ้ม (6)	**HOME** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลที่ตั้งและสุขาภิบาลของหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. หลังคาเรือนทุกหลังในเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. เมื่อมีหลังคาเรือนใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของหลังคาเรือนเดิม
หมายเหตุ	- 1 หลังคาเรือน จะมีเพียง 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเขตรับผิดชอบที่ทำให้หลังคาเรือนนั้นอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ให้บันทึกวันที่แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ - การบันทึกรหัสหมู่บ้าน ในกรณีที่มีหมู่บ้านเกิน 3 หลัก ให้บันทึกในรูปแบบ 2 หลัก ดังนี้ หลักที่ 1 ระบุเป็นตัวอักษร A-Z แทนด้วยค่าตั้งแต่ 10-35 ตามลำดับ เช่น A หมายถึง 10, B หมายถึง 11 ไปถึง Z หมายถึง 35 เป็นต้น หลักที่ 2 ระบุเป็นตัวเลข 1 หลักมีค่าตั้งแต่ 0-9 ตัวอย่างการใช้งาน เช่น A0 หมายถึง 100, B9 หมายถึง 119, Z9 หมายถึง 359 เป็นต้น
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	รหัสบ้าน	รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน	✓	HID	Y	C	14	Y
3	รหัสบ้านตามกรมการปกครอง	เลขประจำบ้าน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำบ้าน		HOUSE_ID		C	11	
4	รหัสประเภทที่อยู่	รหัสตามที่กองยุทธศาสตร์และแผนงานกำหนด	✓	HOUSETYPE		C	1	Y
5	เลขห้อง	หมายเลขห้อง กรณีอาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		ROOMNO		C	10	
6	ชื่ออาคารชุด	ชื่ออาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก		CONDO		C	75	
7	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่		HOUSE		C	75	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
8	ซอยแยก	ชื่อซอยแยก		SOISUB		C	255	
9	ซอยหลัก	ชื่อซอยหลัก		SOIMAIN		C	255	
10	ถนน	ชื่อถนน		ROAD		C	255	
11	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร		VILLANAME		C	255	
12	รหัสหมู่ที่	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)		VILLAGE		C	2	
13	รหัสตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	TAMBON		C	2	
14	รหัสอำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	AMPUR		C	2	
15	รหัสจังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	✓	CHANGWAT		C	2	
16	เบอร์โทรศัพท์	เบอร์โทรศัพท์	✓	TELEPHONE		C	15	
17	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ละติจูด)	พิกัดละติจูดของครัวเรือน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LATITUDE		N	10	
18	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของครัวเรือน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LONGITUDE		N	10	
19	จำนวนครอบครัว	เป็นตัวเลข เช่น 1,2,3 เป็นต้น หากไม่มีใส่ 0	✓	NFAMILY		C	2	
20	รหัสที่ตั้ง	1 = ในเขตเทศบาล, 2 = นอกเขตเทศบาล	✓	LOCATYPE		C	1	
21	รหัส อสม.	มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON		VHVID		C	15	
22	รหัส เจ้าบ้าน	มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON		HEADID		C	15	
23	รหัสการมีส้วมและประเภทการมีส้วม	0 = ไม่มี, 1 = มี ส้วมนั่งราบ บำบัดด้วยบ่อเกรอะ, 2 = มี ส้วมนั่งยอง บำบัดด้วยบ่อเกรอะ,3 = มี ส้วมนั่งราบ บำบัดด้วยถังสำเร็จรูป, 4 = มี ส้วมนั่งยอง บำบัดด้วยถังสำเร็จรูป, 5 = มีมากกว่า 1 ประเภท, 9 = ไม่ทราบ		TOILET		C	1	
24	รหัสน้ำดื่มพอเพียงตลอดปี	0 = ไม่เพียงพอ ,1 = เพียงพอ , 9 = ไม่ทราบ		WATER		C	1	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
25	รหัสประเภทแหล่งน้ำดื่มที่บริโภคเป็นประจำ	1 = น้ำฝน, 2 = น้ำประปา, 3 = น้ำบาดาล, 4 = บ่อน้ำตื้น, 5= สระน้ำ แม่น้ำ, 6 = น้ำบรรจุเสร็จ , 7 = น้ำตู้หยอดเหรียญ, 9 = ไม่ทราบ		WATERTYPE		C	1	
26	รหัสวิธีการกำจัดมูลฝอยทั่วไป	1 = กำจัดเองโดยการฝัง, 2 = กำจัดเองโดยการเผา, 3 = กำจัดเองโดยการหมักทำปุ๋ย, 4 = กองทิ้ง, 5 = ท้องถิ่นให้บริการ, 9 = ไม่ทราบ		GARBAGE		C	1	
27	รหัสการจัดบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อยและถูกสุขลักษณะ	0 = ไม่ถูก, 1 = ถูก, 9 = ไม่ทราบ		HOUSING		C	1	
28	รหัสความคงทนถาวร	0 = ไม่คงทน, 1 = คงทน 1-4 ปี, 2 = คงทน 5 ปี ขึ้นไป, 9 = ไม่ทราบ		DURABILITY		C	1	
29	รหัสความสะอาด	0 = ไม่สะอาด, 1 = สะอาด, 9 = ไม่ทราบ		CLEANLINESS		C	1	
30	รหัสการระบายอากาศ	0 = ไม่ระบาย, 1 = ระบาย, 9 = ไม่ทราบ		VENTILATION		C	1	
31	รหัสแสงสว่าง	0 = ไม่เพียงพอ, 1 = เพียงพอ, 9 = ไม่ทราบ		LIGHT		C	1	
32	รหัสการบำบัด/กำจัดน้ำเสีย	0 = ไม่บำบัด/กำจัด, 1 = ลงบ่อซึม, 2 = ลงบ่อเกรอะ, 3 = ลงระบบบำบัดน้ำเสียรวม, 9 = ไม่ทราบ		WATERTM		C	1	
33	รหัสสารปรุงแต่งในครัว	0 = ไม่ใช้, 1 = ใช้, 9 = ไม่ทราบ		MFOOD		C	1	
34	รหัสการควบคุมแมลงนำโรค	0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม, 9 = ไม่ทราบ		BCONTROL		C	1	
35	รหัสการควบคุมสัตว์นำโรค	0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม, 9 = ไม่ทราบ		ACONTROL		C	1	
36	รหัสการจัดเก็บสารเคมีอันตรายในบ้าน	0 = ไม่มีการจัดเก็บ, 1 = เก็บในตู้มิดชิด, 2 = เก็บใส่ในภาชนะอื่นๆ , 9 = ไม่ทราบ		CHEMICAL		C	1	
37	วันที่แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ	วันที่หลังคาเรือนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณีแบ่งพื้นที่ใหม่ กรณีไม่เป็นค่าว่าง มีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		OUTDATE		DT	14	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
38	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (7)	VILLAGE version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ชุมชนหรือหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี
หมายเหตุ	- การบันทึกรหัสหมู่บ้าน ในกรณีที่มีหมู่บ้านเกิน 3 หลัก ให้บันทึกในรูปแบบ 2 หลัก ดังนี้ หลักที่ 1 ระบุเป็นตัวอักษร A-Z แทนด้วยค่าตั้งแต่ 10-35 ตามลำดับ เช่น A หมายถึง 10 , B หมายถึง 11 ไปถึง Z หมายถึง 35 เป็นต้น หลักที่ 2 ระบุเป็นตัวเลข 1 หลักมีค่าตั้งแต่ 0-9 ตัวอย่างการใช้งาน เช่น A0 หมายถึง 100 , B9 หมายถึง 119 , Z9 หมายถึง 359 เป็นต้น
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	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 ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	NTRADITIONAL		N		
4	จำนวนพระในชุมชน	จำนวนพระ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	NMONK		N		
5	จำนวนผู้นำในศาสนาในชุมชน	จำนวนผู้นำศาสนา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	NRELIGIONLEADER		N		
6	จำนวนหอกระจายข่าว	จำนวนหอกระจายข่าว ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NBROADCAST		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	จำนวนสถานีวิทยุชุมชน	จำนวนสถานีวิทยุชุมชน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NRADIO		N		
8	จำนวนศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน	จำนวนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NPCHC		N		
9	จำนวนคลินิก	จำนวนคลินิก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NCLINIC		N		
10	จำนวนร้านขายยา	จำนวนร้านขายยา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NDRUGSTORE		N		
11	จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NCHILDCENTER		N		
12	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NPSCHOOL		N		
13	จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา	จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NSSCHOOL		N		
14	จำนวนวัด	จำนวนวัด ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NTEMPLE		N		
15	จำนวนศาสนาสถานอื่นๆ	จำนวนศาสนสถาน เช่น โบสถ์ มัสยิด สถานปฏิบัติธรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก		NRELIGIOUSPLACE		N		
16	จำนวนตลาดสด	จำนวนตลาดสดประพเภทที่ 1 (ตลาดสด)ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	NMARKET		N		
17	จำนวนร้านขายของชำ	จำนวนร้านขายของชำ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NSHOP		N		
18	จำนวนร้านอาหาร	จำนวนร้านอาหาร ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NFOODSHOP		N		
19	จำนวนหาบเร่ แผงลอย	จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหารในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NSTALL		N		
20	จำนวนถังเก็บน้ำฝน	จำนวนถังเก็บน้ำฝน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		NRAINTANK		N		
21	จำนวนฟาร์มสัตว์ปีก	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสัตว์ปีก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NCHICKENFARM		N		
22	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสุกร	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสุกร ในชุมชนหรือหมู่บ้าน	✓	NPIGFARM		N		
23	รหัสระบบกำจัดน้ำเสียในชุมชน	0 = ไม่มี, 1 = มี, 9 = ไม่ทราบ	✓	WASTEWATER		C	1	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
24	รหัสสถานที่จัดการมูลฝอยในชุมชน	0 = ไม่ทราบ, 1 = ไม่มี, 2 = มีสถานที่ฝังกลบ, 3 = มีสถานที่เผา, 4 = มีสถานที่รวบรวม คัดแยก และนำมูลฝอยไปใช้ประโยชน์, 5 = มีสถานที่รวบรวมมูลฝอยเพื่อนำไปกำจัดที่อื่น, 6 = มีสถานที่หมักทำปุ๋ย, 9 = กำจัดขยะด้วยวิธีอื่น	✓	GARBAGE		C	1	
25	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NFACTORY		N		
26	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ละติจูด)	พิกัดละติจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LATITUDE		N		
27	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	✓	LONGITUDE		N		
28	วันที่แยกชุมชนออกนอกเขต	วันที่ชุมชนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณีแบ่งพื้นที่ใหม่ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและ มีรูปแบบคือ YYYYMMDD โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		OUTDATE		D	8	
29	จำนวนแหล่งอบายมุข	บ่อนการพนัน หน่วยบริการทางเพศ คาราโอเกะ ผับบาร์ รวมทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลขมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับศูนย์		NUMACTUALLY		N		
30	ประเภทของความเสี่ยงต่อภัยพิบัติ	ลักษณะความเสี่ยงต่อภัยพิบัติทางธรรมชาติ	✓	RISKTYPE		C	3	
31	จำนวนชุมชนต่างด้าว	จำนวนชุมชนต่างด้าวในหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NUMSTATELESS		N		
32	จำนวนชมรมออกกำลังกาย	จำนวนชมรมออกกำลังกาย ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NEXERCISECLUB		N		
33	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NOLDERLYCLUB		N		
34	จำนวนชมรมผู้พิการ	จำนวนชมรมผู้พิการ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NDISABLECLUB		N		
35	จำนวนชมรม To Be Number 1	จำนวนชมรม To Be Number 1 ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	NNUMBERONECLUB		N		

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

ชื่อแฟ้ม (8)	**DISABILITY** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้พิการ ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม และต้องส่งออกมาทุกครั้ง 3. เมื่อระบุประเภทความพิการแล้ว ต้องไปประเมินในแฟ้ม ICF ทุกครั้ง
หมายเหตุ	- ข้อมูลผู้พิการในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรักษาโดยหน่วยบริการอื่น จะเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลผู้พิการในเขตรับผิดชอบที่ครบถ้วน - ผู้พิการที่มี 1 ประเภทความพิการ จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 ประเภทความพิการ ก็จะมีมากกว่า 1 record และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิม สำหรับความพิการนั้น ของผู้พิการรายนั้น - การบันทึกแฟ้ม DISABILITY ต้องบันทึกคู่กับแฟ้ม ICF ทุกครั้ง
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้พิการมี 7 ประเภท ดังนี้ 1.ความพิการทางการเห็น 2.ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย 3.ความพิการการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4.ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5. ความพิการทางสติปัญญา 6. ความพิการทางการเรียนรู้ 7.ความพิการทางออทิสติก - เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพลภาพ (ออกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)	✓	DISABID		C	13	
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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)
4	รหัสประเภทความพิการ	รหัสประเภทความพิการ (7 ประเภท)	✓	DISABTYPE	Y	C	1	Y
5	รหัสสาเหตุความพิการ	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) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_DETECT		D	8	Y
8	วันที่เริ่มมีความพิการ	วันเดือนปีที่เริ่มมีความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_DISAB		D	8	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
10	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (9)	PROVIDER version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลผู้ให้บริการของหน่วยบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. แพทย์และทันตแพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วย 2. บุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ตรวจรักษา หรือให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค 3. บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยฯ ที่ให้บริการ 4. บุคลากรสาขาอื่น (ที่กำหนด) ที่ทำหน้าที่ให้บริการ 5. อาสาสมัครสาธารณสุข
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. เมื่อมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลของบุคลากรผู้ให้บริการ และต้องส่งออกมาทุกครั้ง
หมายเหตุ	- บุคลากร 1 คน จะมี 1 record เมื่อมีการปรับเปลี่ยนข้อมูลของบุคลากรผู้ให้บริการ ให้ทำการปรับปรุงข้อมูลใน record เดิม ของบุคลากรคนนั้น - ทุกแฟ้มที่มีการอ้างถึงเลขที่ผู้ให้บริการ (PROVIDER) ให้ใช้รหัสประเภทบุคลากร (PROVIDERTYPE) จากแฟ้ม PROVIDER นี้
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- บุคลากรผู้ให้บริการ หมายถึง ทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	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	

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	รหัสเพศ	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) หมายเหตุ : กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BIRTH		D	8	Y
11	รหัสประเภทบุคลากร	รหัสประเภทบุคลากร ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเหตุ : รหัสบุคลากรสามารถบันทึกได้หลายรหัส โดยคั่นแต่ละรหัสด้วยเครื่องหมายจุลภาค(,)	✓	PROVIDERTYPE		C	15	Y
12	วันที่เริ่มปฏิบัติงาน	วันที่เริ่มปฏิบัติงานที่หน่วยบริการนี้	✓	STARTDATE		D	8	Y
13	วันที่สิ้นสุดการปฏิบัติงาน	วันที่สิ้นสุดการปฏิบัติงานหน่วยบริการนี้	✓	OUTDATE		D	8	
14	รหัสหน่วยบริการที่ย้ายมา	รหัสหน่วยบริการที่ย้ายมา ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน		MOVEFROM		C	5	
15	รหัสหน่วยบริการที่ย้ายไป	รหัสหน่วยบริการที่ย้ายไป ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน		MOVETO		C	5	
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (10)	WOMEN version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี ที่อยู่กินกับสามี ทั้งที่แต่งงานและไม่แต่งงาน ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. สำรวจปีละ 1 ครั้ง ภายในเดือนสิงหาคม และปรับฐานข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี 2. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม
หมายเหตุ	- หญิงวัยเจริญพันธุ์ 1 คน จะมี 1 record เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูล จะบันทึกการแก้ไขใน record เดิม
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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 = นับระยะปลอดภัย, 9 = ไม่คุมกำเนิด		FPTYPE		C	1	Y
4	รหัสสาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด	1 = ต้องการบุตร, 2 = หมันธรรมชาติ, 3 = อื่นๆ		NOFPCAUSE		C	1	
5	จำนวนบุตรทั้งหมดที่เคยมี	จำนวนบุตรที่คลอดมีชีวิตทั้งหมดที่เคยมี รวมที่เสียชีวิตแล้ว ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หากไม่มีใส่ 0		TOTALSON		N		
6	จำนวนบุตรที่มีชีวิต	จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หากไม่มีใส่ 0		NUMBERSON		N		
7	จำนวนการแท้งบุตร	จำนวนการแท้งบุตร เป็นเลขจำนวนเต็ม ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หากไม่มีใส่ 0 บันทึกเฉพาะกรณีที่มีการแท้ง		ABORTION		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
8	จำนวนทารกตายในครรภ์หรือตายคลอด	จำนวนทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หากไม่มีใส่ 0 บันทึกเฉพาะกรณีที่บุตรตายในครรภ์หรือตายคลอด		STILLBIRTH		N		
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y
10	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ: เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (11)	**DRUGALLERGY** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยที่มารับบริการ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. เมื่อมีผู้มารับบริการรายใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน หรือมีการปรับแก้ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการรายเดิม
หมายเหตุ	- ข้อมูลประวัติการแพ้ยา อาจจะได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากหน่วยบริการอื่น หรือจากการพบอาการแพ้ยาโดยหน่วยบริการผู้ให้บริการเอง - การแพ้ยา 1 ชนิด จะมี 1 record หากแพ้ยามากกว่า 1 ชนิด จะมีมากกว่า 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	วันที่บันทึกประวัติการแพ้ยา	วันที่บันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยา กำหนดรูปแบบเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY = ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : วันที่ตรวจพบอาการแพ้และกรณีบันทึกย้อนหลังให้บันทึกวันที่รับบริการจริง	✓	DATERECORD		D	8	Y
4	รหัสยาที่มีประวัติการแพ้ยา	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของหน่วยบริการ หรือรหัสยา TMT	✓	DRUGALLERGY	Y	C	24	Y
5	ชื่อยา	ชื่อยา	✓	DNAME		C	255	
6	รหัสประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา	รหัสประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา 5 ประเภท (1= certain, 2= probable, 3= possible, 4= unlikely, 5= unclassified)	✓	TYPEDX		C	1	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	รหัสระดับความรุนแรงของการแพ้ยา	ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา 8 ระดับ 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 ผู้ป่วยเกิดอาการชัก หมดสติ ระบบเลือดผิดปกติ เป็นต้น	✓	ALEVEL		C	1	
8	ลักษณะอาการของการแพ้ยาที่พบ	ลักษณะอาการของการแพ้ยา (20 ลักษณะ)		SYMPTOM		C	2	
9	ผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	1 = ผู้ป่วยให้ประวัติเอง, 2 = ผู้ป่วยให้ประวัติจากการให้ข้อมูลของหน่วยบริการอื่น, 3 = หน่วยบริการอื่นเป็นผู้ให้ข้อมูล, 4 = หน่วยบริการแห่งนี้เป็นผู้พบการแพ้ยาเอง	✓	INFORMANT		C	1	Y
10	รหัสหน่วยบริการผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	รหัสหน่วยบริการผู้ให้ข้อมูลประวัติการแพ้ยาตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	INFORMHOSP		C	5	Y
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
13	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ: เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (12)	FUNCTIONAL version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☐ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. กลุ่มเป้าหมายผู้ที่ได้รับการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ โดยโรงพยาบาล
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล (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
นิยามที่เกี่ยวข้อง	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ประเมินความบกพร่อง	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) กำหนดรูปแบบเป็น YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 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	รหัสวิธีประเมินความ	รหัสชนิดของเครื่องมือประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ	✓	FUNCTIONAL_TEST	Y	C	2	Y
6	คะแนนความบกพร่อง	ผลการประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ (ระดับคะแนน)		TESTRESULT		C	3	Y
7	รหัสภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ	1= ไม่พึ่งพิง, 2= พึ่งพิงน้อย, 3= พึ่งพิงมาก	✓	DEPENDENT		C	1	
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
10	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (13)	ICF version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพ ความสามารถ และปัจจัยอื่น ๆ กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการในโรงพยาบาล
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☐ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้พิการที่มารับบริการในโรงพยาบาล
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกพร้อมกันกับการประเมินประเภทความพิการในแฟ้ม DISABILITY
หมายเหตุ	- บันทึกเฉพาะรหัสมาตรฐาน 60 รหัสของ ICF ที่กำหนดโดยกระทรวงฯ - กลุ่มเป้าหมายแต่ละราย ในการประเมินแต่ละครั้ง จะมีสภาวะสุขภาพตาม ICF ได้มากกว่า 1 record ตามหลักเกณฑ์การประเมินตาม ICF
นิยามที่เกี่ยวข้อง	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพลภาพ (ออกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)	✓	DISABID		C	13	
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่ประเมินสภาวะสุขภาพ	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) กำหนดรูปแบบเป็น YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 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	
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
10	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (14)	**SERVICE** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้ที่มารับบริการ และการให้บริการนอกหน่วยบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการทุกครั้ง 2. ผู้ที่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพทุกครั้ง 3. การให้บริการนอกหน่วยบริการ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- ข้อมูลการให้บริการ 1 ครั้ง มี 1 record และอาจจะมีการรับบริการหลายอย่างในการรับบริการครั้งเดียวกันได้ โดยจะมีเลขที่ SEQ เดียวกัน - 1 visit หมายถึง การมารับบริการครั้งใด ๆ แม้ว่าจะมารับบริการหลายคลินิกก็ตาม (ทุกคลินิกที่มารับบริการในครั้งนั้นๆ ใช้ SEQ เดียวกัน)
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งการให้บริการในหน่วยบริการ และนอกหน่วยบริการ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓		Y	C	15	Y
3	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่มีเลขทะเบียนที่ต่างไปจาก PID	✓	HN		C	15	
4	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลขเดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
6	เวลาที่ให้บริการ	เวลาที่มารับบริการ กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)		TIME_SERV		C	6	
7	รหัสที่ตั้งของที่อยู่ผู้รับบริการ	1 = ในเขตรับผิดชอบ, 2 = นอกเขตรับผิดชอบ		LOCATION		C	1	
8	รหัสเวลามารับบริการ	1 = ในเวลาราชการ, 2 = นอกเวลาราชการ		INTIME		C	1	
9	รหัสประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓	INSTYPE		C	4	Y
10	เลขที่บัตรสิทธิ	หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา		INSID		C	18	
11	รหัสหน่วยบริการหลัก	รหัสมาตรฐานจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	MAIN		C	5	
12	รหัสประเภทการมารับบริการ	1 = มารับบริการเอง, 2 = มารับบริการตามนัดหมาย, 3 = ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น, 4 = ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS	✓	TYPEIN		C	1	Y
13	รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมารักษาต่อ	✓	REFERINHOSP		C	5	
14	รหัสสาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEIN		C	1	
15	อาการสำคัญ	อาการสำคัญที่มาใช้บริการ	✓	CHIEFCOMP		C	255	
16	รหัสสถานที่รับบริการ	1 = ในหน่วยบริการ, 2 = นอกหน่วยบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
17	อุณหภูมิร่างกายแรกรับ	อุณหภูมิร่างกายแรกรับ (เซลเซียส) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 37.0	✓	BTEMP		N		
18	ความดันโลหิตซิสโตลิกแรกรับ	ความดันโลหิต ซิสโตลิก แรกรับ (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก หมายเหตุ : ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	✓	SBP		N		
19	ความดันโลหิตไดแอสโตลิกแรกรับ	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก หมายเหตุ : ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	✓	DBP		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
20	อัตราการเต้นของชีพจร	อัตราการเต้นของชีพจร (ครั้งต่อนาที) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	PR		N		
21	อัตราการหายใจ	อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	RR		N		
22	รหัสสถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ	1 = จำหน่ายกลับบ้าน, 2 = รับไว้รักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน, 3 = ส่งต่อไปยังหน่วยบริการอื่น, 4 = เสียชีวิต, 5 = เสียชีวิตก่อนมาถึงหน่วยบริการ, 6 = เสียชีวิตระหว่างส่งต่อไปยังหน่วยบริการอื่น, 7 = ปฏิเสธการรักษา, 8 = หนีกลับ, 9 = การให้บริการโดยไม่มีคำวินิจฉัยโรค	✓	TYPEOUT		C	1	Y
23	รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	✓	REFEROUTHOSP		C	5	
24	รหัสสาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEOUT		C	1	
25	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00		COST		N		
26	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PRICE		N		Y
27	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PAYPRICE		N		Y
28	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	ACTUALPAY		N		Y
29	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
30	รหัสหน่วยบริการรอง	รหัสมาตรฐานจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		HSUB		C	5	
31	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (15)	DIAGNOSIS_OPD version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอก
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัส ICD-10 ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- วินิจฉัยโรค 1 โรค หรือข้อมูล 1 รหัส จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค หรือ 1 รหัสบริการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน - ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQ
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลขเดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	รหัสประเภทการวินิจฉัย	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)	✓	DIAGTYPE		C	1	Y
6	รหัสโรคที่วินิจฉัย	รหัสโรค ICD-10-TM	✓	DIAGCODE	Y	C	6	Y
7	รหัสแผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	✓	CLINIC		C	5	Y
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
10	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (16)	**DRUG_OPD**	version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ	
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ	
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :	
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกข้อมูลการให้ยาด้วยรหัสยา ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น	
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ	
หมายเหตุ	- การให้ยา 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการให้ยามากกว่า 1 รายการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน	
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	รหัสแผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	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 หรือรหัสยาของหน่วยบริการ	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของหน่วยบริการ ในกรณีที่ยังไม่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก หรือรหัสยา TMT	✓	DIDSTD	Y	C	24	Y
7	ชื่อยา	ชื่อยา	✓	DNAME		C	255	
8	จำนวน	จำนวนยาที่จ่าย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 12 หลัก	✓	AMOUNT		N		
9	รหัสหน่วยนับของยา	รหัสมาตรฐานจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ตามจำนวนจ่ายจาก AMOUNT		UNIT		C	3	
10	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT ใช้สำหรับยาที่มีการแบ่งบรรจุเพื่อการจ่ายยาที่เหมาะสม เช่น ยาน้ำ หรือ ยากลุ่มที่มีทะเบียนยาเดียวกันแต่มีขนาดบรรจุต่างกันของบางบริษัท และอาจเป็นค่า NULL ได้		UNIT_PACKING		C	20	
11	ราคาขาย	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ หมายเหตุ : ราคาขายต่อหน่วย (ยังไม่คูณ AMOUNT)	✓	DRUGPRICE		N		
12	ราคาทุน	ราคาซื้อหรือราคายาที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย) หมายเหตุ : ราคาทุนต่อหน่วย (ยังไม่คูณ AMOUNT)		DRUGCOST		N		
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน หมายเหตุ : เลขที่ผู้ให้บริการหมายถึงผู้สั่งจ่ายยา	✓	PROVIDER		C	15	
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
15	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (17)	PROCEDURE_OPD version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่สามารถบันทึกด้วยรหัสหัตถการ ที่ไม่ได้บันทึกอยู่ในแฟ้มอื่น
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- หัตถการ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 หัตถการ จะมีมากกว่า 1 record ในการรับบริการครั้งเดียวกัน - ข้อมูลการรับบริการแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม SERVICE เชื่อมโยงโดย SEQ
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลีนิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	รหัสแผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน 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		
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
10	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (18)	CHARGE_OPD version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยนอกผู้มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 2. ผู้มารับบริการอย่างอื่น ที่มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- 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
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลีนิกใน 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) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	รหัสแผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	✓	CLINIC		C	5	Y
6	รหัสหมวดของค่าบริการ	รหัสหมวดของค่าบริการตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	CHARGEITEM	Y	C	2	Y
7	รหัสรายการค่าบริการ	รหัสรายการค่าบริการที่เบิก เป็นรายการย่อย หากไม่มีการบันทึกรายการย่อย ให้ใส่ค่าเป็น ‘000000’		CHARGELIST	Y	C	6	Y
8	จำนวนหน่วยที่เบิก	จำนวนหน่วยที่เบิก	✓	QUANTITY		N	11	
9	รหัสสิทธิการรักษาที่เบิก	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓	INSTYPE	Y	C	4	Y
10	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00		COST		N		
11	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PRICE		N		Y
12	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PAYPRICE		N		
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
14	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

* หมายเหตุ : ลำดับที่ 8 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (19)	SURVEILLANCE version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังที่มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และผู้ป่วยในของโรงพยาบาล
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- การรายงานโรค 1 โรค จะมี 1 record หากผู้ป่วยมีโรคที่ต้องเฝ้าระวังมากกว่า 1 โรค ก็จะมีมากกว่า 1 record - หากมีการเปลี่ยนแปลงวินิจฉัยโรค ในการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน ถึงแม้จะมาหน่วยบริการหลายครั้ง ให้บันทึกวินิจฉัยโรคล่าสุด ใน record เดิมของการรายงานโรคครั้งแรกของการเจ็บป่วยครั้งนั้น เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยที่มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลีนิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 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	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีที่นอนโรงพยาบาลเท่านั้น	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	
7	รหัสกลุ่มอาการที่เฝ้าระวัง	รหัสกลุ่มอาการหรืออาการที่ต้องเฝ้าระวัง (syndromic surveillance) สำหรับโรคติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม		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) จากวินิจฉัยล่าสุด	✓	DIAGCODELAST		C	6	
11	รหัส 506 ล่าสุด	รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา จากวินิจฉัยล่าสุด หมายเหตุ : อ้างอิงรหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา	✓	CODE506LAST		C	2	
12	วันที่เริ่มป่วย	วันเดือนปีที่เริ่มป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	ILLDATE		D	8	Y
13	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่ และถนน หรือซอย หมายเหตุ : ขณะป่วย		ILLHOUSE		C	75	
14	รหัสหมู่บ้าน	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) หมายเหตุ : ขณะป่วย		ILLVILLAGE		C	2	Y
15	รหัสตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ขณะป่วย	✓	ILLTAMBON		C	2	Y
16	รหัสอำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ขณะป่วย	✓	ILLAMPUR		C	2	Y
17	รหัสจังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ) ขณะป่วย	✓	ILLCHANGWAT		C	2	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
18	พิกัดที่อยู่(ละติจูด)	พิกัดละติจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง		LATITUDE		N	10	
19	พิกัดที่อยู่(ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง		LONGITUDE		N	10	
20	รหัสสภาพผู้ป่วย	1 = หาย, 2 = ตาย, 3 = ยังรักษาอยู่, 9 = ไม่ทราบ	✓	PTSTATUS		C	1	Y
21	วันที่ตาย	วันเดือนปีที่เสียชีวิต กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_DEATH		D	8	
22	รหัสสาเหตุการป่วย	รหัสแยกสาเหตุการป่วย ของกลุ่มโรคที่มีการแยกสาเหตุการป่วย เช่น อุบัติเหตุ ฯลฯ		COMPLICATION		C	3	
23	รหัสชนิดของเชื้อโรค	รหัสชนิดของเชื้อโรคของกลุ่มโรคที่ต้องการบ่งชี้ชนิดของเชื้อโรค เช่น บิด ฯลฯ		ORGANISM		C	4	
24	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
25	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
26	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (20)	ACCIDENT version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลผู้ป่วยทุกราย ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาล และแผนกทั่วไปของ รพ.สต.
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยทุกราย ที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- ผู้ป่วย 1 ราย ที่มารับบริการแต่ละครั้ง มี 1 record โดยสามารถเชื่อมโยงกับแฟ้ม SERVICE ด้วยเลขที่ SEQ - ข้อมูลวินิจฉัยโรคอยู่ในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD หัตถการ และผ่าตัด อยู่ในแฟ้ม PROCEDURE_OPD - หากมีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะเชื่อมกับแฟ้ม ADMISSION, DIAGNOSIS_IPD, PROCEDURE_IPD ด้วย AN ในแฟ้ม SERVICE
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วย ทุกราย ที่มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลีนิคใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ	Y	C	16	Y
4	วันที่และเวลามารับบริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATETIME_SERV	Y	DT	14	Y
5	วันที่และเวลาเกิดอุบัติเหตุ	วันเดือนปีที่เกิดอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ: กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATETIME_AE		DT	14	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	รหัสประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ	รหัสสาเหตุ 19 สาเหตุ ตามมาตรฐานอ้างอิงตามสำนักระบาดวิทยา	✓	AETYPE		C	2	
7	รหัสสถานที่เกิดอุบัติเหตุ	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	รหัสประเภทการมารับบริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน	1 = มารับบริการเอง, 2 = ได้รับการส่งตัวโดย First responder , 3 = ได้รับการส่งตัวโดย BLS, 4 = ได้รับการส่งตัวโดย ILS ,5 = ได้รับการส่งตัวโดย ALS, 6 = ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น, 7 = อื่น ๆ ,9 = ไม่ทราบ	✓	TYPEIN_AE		C	1	Y
9	รหัสประเภทผู้บาดเจ็บ (อุบัติเหตุจราจร)	1 = ผู้ขับขี่, 2 = ผู้โดยสาร, 3 = คนเดินเท้า, 8 = อื่นๆ, 9 = ไม่ทราบ	✓	TRAFFIC		C	1	
10	รหัสประเภทยานพาหนะที่เกิดเหตุ	01 = จักรยานและสามล้อถีบ, 02 = จักรยานยนต์, 03 = สามล้อเครื่อง, 04 = รถยนต์นั่ง/แท็กซี่, 05 = รถปิกอัพ, 06 = รถตู้, 07 = รถโดยสารสองแถว, 08 = รถโดยสารใหญ่ (รถบัส รถเมล์), 09 = รถบรรทุก/รถพ่วง, 10 = เรือโดยสาร, 11 = เรืออื่นๆ, 12 = อากาศยาน, 98 = อื่นๆ, 99 = ไม่ทราบ หมายเหตุ : เฉพาะอุบัติเหตุจราจร	✓	VEHICLE		C	2	
11	รหัสการดื่มแอลกอฮอลล์	1 = ดื่ม, 2 = ไม่ดื่ม, 9 = ไม่ทราบ	✓	ALCOHOL		C	1	Y
12	รหัสการใช้ยาสารเสพติดขณะเกิดอุบัติเหตุ	1 = ใช้, 2 = ไม่ใช้, 9 = ไม่ทราบ	✓	NACROTIC_DRUG		C	1	Y
13	รหัสการคาดเข็มขัดนิรภัย	1 = คาด, 2 = ไม่คาด, 9 = ไม่ทราบ	✓	BELT		C	1	
14	รหัสการสวมหมวกนิรภัย	1 = สวม, 2 = ไม่สวม, 9 = ไม่ทราบ	✓	HELMET		C	1	
15	รหัสการดูแลการหายใจ	1 = มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึงเหมาะสม, 2 = ไม่มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึง, 3 = ไม่จำเป็น, 4 = มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึงไม่เหมาะสม	✓	AIRWAY		C	1	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
16	รหัสการห้ามเลือด	1 = มีการห้ามเลือดก่อนมาถึงเหมาะสม, 2 = ไม่มีการห้ามเลือดก่อนมาถึง, 3 = ไม่จำเป็น, 4 = มีการห้ามเลือดก่อนมาถึงไม่เหมาะสม	✓	STOPBLEED		C	1	Y
17	รหัสการใส่ splint/ slab	1 = มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึงเหมาะสม, 2 = ไม่มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึง, 3 = ไม่จำเป็น, 4 = มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึงไม่เหมาะสม	✓	SPLINT		C	1	Y
18	รหัสการให้น้ำเกลือ	1 = มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึงเหมาะสม, 2 = ไม่มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึง, 3 = ไม่จำเป็น, 4 = มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึงไม่เหมาะสม	✓	FLUID		C	1	Y
19	รหัสระดับความเร่งด่วน	ระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ (1= Resuscitation, 2= emergent, 3= urgent, 4= Less urgent, 5= non urgent)	✓	URGENCY		C	1	Y
20	รหัสระดับความรู้สึก ทางด้านตา	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของตา	✓	COMA_EYE		C	1	
21	รหัสระดับความรู้สึก ทางด้านการพูด	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของการพูด	✓	COMA_SPEAK		C	1	
22	รหัสระดับความรู้สึก ทางด้านการเคลื่อนไหว	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของการเคลื่อนไหว	✓	COMA_MOVEMENT		C	1	
23	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
24	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (21)	LABFU	version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยทุกราย	
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ	
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :	
ขอบเขตข้อมูล	ผู้ป่วยทุกราย ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ	
หมายเหตุ	- การตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย 1 รายการ จะมี 1 record หากมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่า 1 รายการ ก็จะมีมากกว่า 1 record	
	- สำหรับปีงบประมาณ 2561 เป็นต้นไปให้ส่ง รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ICD-10-TM (ตามที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กำหนด) เท่านั้น	
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ICD-10-TM (ตามที่กองยุทธศาสตร์และแผนงานกำหนด)	✓	LABTEST	Y	C	7	Y
6	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จุดทศนิยม 2 หลัก) (การแปลผลของผล LAB ให้ใช้ตามมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน)	✓	LABRESULT		C	255	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
8	รหัสสถานที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน)		LABPLACE		C	5	
9	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน (บันทึกเฉพาะผู้ยืนยันผล LAB ที่เป็นนักเทคนิคการแพทย์ กรณีไม่ใช่นักเทคนิคการแพทย์ให้เว้นว่างไว้)	✓	PROVIDER		C	15	

ชื่อแฟ้ม (22)	**CHRONICFU** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ที่ได้รับการตรวจติดตาม โดยโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
หมายเหตุ	- ข้อมูลการตรวจภาวะแทรกซ้อน เป็นการตรวจร่างกาย คือ การตรวจเท้า และการตรวจตา หากตรวจพบภาวะแทรกซ้อน ให้บันทึกภาวะแทรกซ้อนที่พบในแฟ้มข้อมูล DIAG_OPD ในส่วนของการวินิจฉัย - การตรวจติดตามผู้ป่วย 1 ครั้ง จะมี 1 record ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่หากเป็นการตรวจครั้งเดียวกัน ก็จะมีเพียง 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่นๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	น้ำหนัก	น้ำหนักในวันที่มารับบริการ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 หลัก	✓	WEIGHT		N	5	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	ส่วนสูง	ส่วนสูงในวันที่มารับบริการ (ซม.)	✓	HEIGHT		N	3	Y
7	เส้นรอบเอว (ซม.)	เส้นรอบเอว (ซม.)	✓	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	รหัสตรวจเท้า	ตรวจเท้า (ตรวจแผล ผิวหนัง รูปเท้า การรับความรู้สึก ชีพจร) 1 = ตรวจ ผลปกติ, 2 = ไม่ตรวจ, 3 = ตรวจ ผลไม่ปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓	FOOT		C	1	Y
11	รหัสตรวจจอประสาทตา	1 = ตรวจ opthalmoscope ผลปกติ, 2 = ตรวจด้วย fundus camera ผลปกติ, 3 = ตรวจ opthalmoscope ผลไม่ปกติ, 4 = ตรวจด้วย fundus camera ผลไม่ปกติ, 8 = ไม่ตรวจ, 9 = ไม่ทราบ	✓	RETINA		C	1	Y
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
14	สถานที่ตรวจติดตาม	รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน)		CHRONICFUPLACE		C	5	
15	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (23)	**ADMISSION** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☐ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- การรับผู้ป่วยใน 1 ครั้ง มี 1 record ซึ่งเป็นข้อมูลตั้งแต่ตอนรับผู้ป่วยไว้รักษา จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย โดยข้อมูลสรุปสุดท้ายจะเป็นข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย หากมีการบันทึกข้อมูลเมื่อแรกรับผู้ป่วยด้วย การเพิ่มเติมข้อมูลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องทำใน record เดิม - 1 record คือ การมานอนโรงพยาบาลแต่ละครั้ง แม้ว่าจะมีการย้ายไปหลายแผนกก็ตาม (ทุกแผนกที่รักษาในครั้งนั้นๆ ใช้ AN เดียวกัน)
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งที่มาเองและที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลีนิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	Y
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	✓	AN	Y	C	9	Y
5	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	Y
6	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	WARDADMIT		C	5	Y
7	รหัสประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ (สิทธิหลักในการ admit ครั้งนั้น)	✓	INSTYPE		C	4	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
8	รหัสประเภทการมารับบริการ	1 = มารับบริการเอง, 2 = มารับบริการตามนัดหมาย, 3 = ได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น, 4 = ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS	✓	TYPEIN		C	1	Y
9	รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย	รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมารักษาต่อ	✓	REFERINHOSP		C	5	
10	รหัสสาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	✓	CAUSEIN		C	1	
11	น้ำหนักแรกรับ	น้ำหนักผู้ป่วยแรกรับ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	ADMITWEIGHT		N	5	
12	ส่วนสูงแรกรับ	ส่วนสูงผู้ป่วยแรกรับ (ซม.)	✓	ADMITHEIGHT		N	3	
13	วันที่และเวลาจำหน่ายผู้ป่วย	วันเดือนปีและเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	✓	DATETIME_DISCH	Y	DT	14	Y
14	รหัสแผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย	รหัสแผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	WARDDISCH		C	5	Y
15	รหัสสถานภาพการจำหน่าย	รหัสสถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	✓	DISCHSTATUS		C	1	Y
16	รหัสวิธีการจำหน่ายผู้ป่วย	รหัสชนิดการจำหน่ายผู้ป่วย	✓	DISCHTYPE		C	1	Y
17	รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	✓	REFEROUTHOSP		C	5	
18	รหัสสาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 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
21	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	✓	PAYPRICE		N	11	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
22	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์	✓	ACTUALPAY		N	11	Y
23	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน (หมอผู้รับผิดชอบคนไข้หลัก)	✓	PROVIDER		C	15	
24	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
25	กลุ่ม DRG	กลุ่ม DRG ที่ได้จากการคำนวณข้อมูลผู้ป่วยใน โดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เป็นตัวเลข 5 หลัก	✓	DRG		C	5	Y
26	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เป็นตัวเลขทศนิยม 4 หลัก ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 6 หลัก และทศนิยม 4 ตำแหน่ง เช่น 1788.0000 ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.0000	✓	RW		N		Y
27	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วของผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เป็นตัวเลขทศนิยม 4 หลัก ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 6 หลัก และทศนิยม 4 ตำแหน่ง เช่น 1788.0000 ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.0000	✓	ADJRW		N		Y
28	รหัสความผิดพลาดเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยใน	รหัสความผิดพลาดเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา	✓	ERROR		C	2	Y
29	รหัสคำเตือนเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยใน	รหัสคำเตือนเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา	✓	WARNING		C	4	Y
30	วันนอนจริง	ค่าวันนอนจริงของผู้ป่วยใน ที่ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม Grouper Version ที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา	✓	ACTLOS		N	4	Y
31	รุ่นของโปรแกรม Grouper ที่ใช้ในการคำนวณ	เลข Version ของโปรแกรม Grouper ใช้ในการคำนวณข้อมูลผู้ป่วยในตามที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา	✓	GROUPER_VERSION		C	20	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
32	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (24)	**DIAGNOSIS_IPD** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยใน
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☐ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- วินิจฉัยโรค 1 โรค จะมี 1 record หากมีมากกว่า 1 โรค จะมีมากกว่า 1 record ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน
	- ข้อมูลการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม ADMISSION เชื่อมโยงโดย AN
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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	Y	DT	14	Y
5	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	WARDDIAG		C	5	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	รหัสประเภทการวินิจฉัย	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)	✓	DIAGTYPE		C	1	Y
7	รหัสโรคที่วินิจฉัย	รหัสโรค ICD-10-TM	✓	DIAGCODE	Y	C	6	Y
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
10	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (25)	**DRUG_IPD** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยใน
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☐ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยใน ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 2. ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยใน เพื่อกลับไปใช้ต่อที่บ้าน
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ หลังสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วยใน
หมายเหตุ	- สำหรับการจ่ายยาให้ผู้ป่วยใน ในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 1 record จะหมายถึงยา 1 รายการ โดยระบุวันที่เริ่มให้ และวันที่สิ้นสุดการให้ - สำหรับการจ่ายยาให้ผู้ป่วยใน เพื่อกลับไปใช้ต่อที่บ้าน 1 record จะหมายถึงยา 1 รายการ
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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	Y	DT	14	Y
5	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	WARDSTAY		C	5	Y
6	รหัสประเภทการจ่ายยา	1= ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยระหว่างรักษาในโรงพยาบาล 2= ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน	✓	TYPEDRUG	Y	C	1	Y
7	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของหน่วยบริการ	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของหน่วยบริการในกรณีที่ยังไม่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก	✓	DIDSTD	Y	C	24	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
8	ชื่อยา	ชื่อยา		DNAME		C	255	
9	วันที่เริ่มให้ยา	วันที่เริ่มให้ยา (กรณีที่เป็นยาที่ให้ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวัน เป็นปีคริสตศักราช (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATESTART		D	8	Y
10	วันที่เลิกให้ยา	วันที่เลิกให้ยา (กรณีที่เป็นยาที่ให้ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวัน เป็นปีคริสตศักราช (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		DATEFINISH		D	8	
11	จำนวน	จำนวนยาที่จ่าย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 12 หลัก		AMOUNT		N		
12	รหัสหน่วยนับของยา	รหัสมาตรฐานจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	UNIT		C	3	
13	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT		UNIT_PACKING		C	20	
14	ราคาขาย	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ หมายเหตุ : ราคาขายต่อหน่วย		DRUGPRICE		N	11	
15	ราคาทุน	ราคาซื้อหรือราคายาที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย) หมายเหตุ : ราคาทุนต่อหน่วย		DRUGCOST		N	11	
16	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
17	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
18	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (26)	**PROCEDURE_IPD** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการหัตถการและผ่าตัดของผู้ป่วยใน
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☐ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- รหัสหัตถการ 1 รหัส จะมี 1 record ถ้าหากมีมากว่า 1 รหัส จะมีมากว่า 1 record ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งเดียวกัน
	- ข้อมูลการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ดูจากแฟ้ม ADMISSION เชื่อมโยงโดย AN
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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	Y	DT	14	Y
5	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	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) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	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) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	TIMEFINISH		DT	14	
9	ราคาค่าหัตถการ	ราคาค่าบริการหัตถการ มีทศนิยม 2 ตำแหน่ง	✓	SERVICEPRICE		N	11	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
12	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (27)	**CHARGE_IPD** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลค่าใช้จ่ายของบริการแต่ละรายการสำหรับผู้ป่วยใน
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☐ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- 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
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยใน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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	Y	DT	14	Y
5	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	WARDSTAY		C	5	Y
6	รหัสหมวดของค่าบริการ	รหัสหมวดของค่าบริการตามมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	CHARGEITEM	Y	C	2	Y
7	รหัสรายการค่าบริการ	รหัสรายการค่าบริการที่เบิก เป็นรายการย่อย หากไม่มีการบันทึกรายการย่อย ให้ใส่ค่าเป็น ‘000000’	✓	CHARGELIST	Y	C	6	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
8	จำนวนหน่วยที่เบิก	จำนวนหน่วยที่เบิก ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 11 หลัก	✓	QUANTITY		N		
9	รหัสสิทธิการรักษาที่เบิก	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	✓	INSTYPE	Y	C	4	Y
10	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) ระบุเป็นตัวเลข ไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00		COST		N		
11	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PRICE		N		Y
12	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 8 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น ถ้าไม่มีให้ใส่ 0.00	✓	PAYPRICE		N		Y
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
14	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (28)	APPOINTMENT	version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการนัดมารับบริการครั้งต่อไปของผู้ที่มารับบริการ	
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ	
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :	
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน(ที่ได้รับการจำหน่ายแล้ว)ที่ได้รับการนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไป 2. ผู้ที่มารับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่ได้รับการนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไป 3. การให้บริการนอกหน่วยบริการ ที่มีการนัดหมายให้มารับบริการ	
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่การนัดมารับบริการ	
หมายเหตุ	- ข้อมูลการนัด 1 ครั้ง สำหรับ 1 ประเภทบริการ จะมี 1 record หากมีการนัดมารับบริการหลายประเภทในวันเดียวกัน จะมีมากกว่า 1 record	
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มารับบริการ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งการให้บริการในหน่วยบริการ และนอกหน่วยบริการที่มีการนัดหมายมารับบริการ	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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) YYYY=ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่เป็นผู้ป่วยในใช้วันที่ของ date_serv ของ service		DATE_SERV	Y	D	8	Y
6	รหัสแผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		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	วันเดือนปีที่นัดครั้งต่อไป กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		APDATE		D	8	Y
8	รหัสประเภทกิจกรรมที่นัด	รหัสกิจกรรมการนัด ตามที่กองยุทธศาสตร์และแผนงานกำหนด		APTYPE	Y	C	3	Y
9	รหัสโรคที่นัดมาตรวจ	รหัสโรค ICD-10-TM		APDIAG		C	6	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน		PROVIDER		C	15	
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y
12	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (29)	**DENTAL** version 2.4
นิยามข้อมูล	หมายถึง ข้อมูลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่และข้อมูลวางแผนการส่งเสริมป้องกันและรักษาของผู้ที่มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	บันทึกข้อมูลในแฟ้ม Dental เฉพาะผู้ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ และวางแผนให้บริการสุขภาพช่องปาก 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิก ANC ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ อย่างน้อย 1 ครั้ง 2) เด็กในโรงเรียนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ 3) ผู้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพในกรณีที่ตรวจสุขภาพทั้งปาก ในโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	
หมายเหตุ	- การให้บริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ 1 ครั้ง จะมี 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มารับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกันสำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (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	Y	D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	รหัสประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ	1 = กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, 2 = กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน(อายุ 0-5 ปี), 3 = กลุ่มเด็กวัยเรียน(อายุ 6-12 ปี), 4 = กลุ่มผู้สูงอายุ(อายุ 60 ปีขึ้นไป), 5 = กลุ่มอื่นๆ (นอกเหนือจาก 4 กลุ่มแรก)	✓	DENTTYPE		C	1	Y
6	รหัสบริการใน-นอกหน่วยบริการ	1 = ในหน่วยบริการ, 2 = นอกหน่วยบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
7	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	✓	PTEETH		N	2	Y
8	จำนวนฟันแท้ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ผุทั้งกรณี ที่ยังไม่ได้อุด หรืออุดแล้วมีผุเพิ่ม (ซี่)	✓	PCARIES		N	2	Y
9	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	✓	PFILLING		N	2	Y
10	จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด	จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	✓	PEXTRACT		N	2	Y
11	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	✓	DTEETH		N	2	Y
12	จำนวนฟันน้ำนมผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมผุ ทั้งกรณีที่ยังไม่ได้อุด หรืออุดแล้วมีผุเพิ่ม (ซี่)	✓	DCARIES		N	2	Y
13	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)	✓	DFILLING		N	2	Y
14	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอน(ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอน ไม่นับรวมกรณีหลุดตามอายุ (ซี่)	✓	DEXTRACT		N	2	Y
15	รหัสจำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	1 = ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์, 2 = ไม่ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	✓	NEED_FLUORIDE		C	1	Y
16	รหัสจำเป็นต้องขูดหินน้ำลาย	1 = ต้องขูดหินน้ำลาย, 2 = ไม่ต้องขูดหินน้ำลาย	✓	NEED_SCALING		C	1	Y
17	จำนวนฟันที่ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (ซี่)	✓	NEED_SEALANT		N	2	Y
18	จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	✓	NEED_PFILLING		N	2	Y
19	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องอุด	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน (ซี่)	✓	NEED_DFILLING		N	2	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
20	จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคลองรากฟัน (ซี่)	✓	NEED_PEXTRACT		N	2	Y
21	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคลองรากฟัน (ซี่)	✓	NEED_DEXTRACT		N	2	Y
22	รหัสจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม	1 = ต้องใส่ฟันเทียมบนและล่าง, 2 = ต้องใส่ฟันเทียมบน, 3 =ต้องใส่ฟันเทียมล่าง, 4 =ไม่ต้องใส่ฟันเทียม	✓	NPROSTHESIS		C	1	Y
23	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้ (คู่)	✓	PERMANENT_PERMANENT		N	2	
24	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ³ 60 ปี (คู่)	✓	PERMANENT_PROSTHESIS		N	2	
25	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ³ 60 ปี (คู่)	✓	PROSTHESIS_PROSTHESIS		N	2	
26	รหัสสภาวะปริทันต์	0 = ปกติ, 1 =เหงือกอักเสบ, 2 = มีหินน้ำลายชัดเจน, 3 = ปริทันต์อักเสบหรือมีฟันโยก, 9 = ไม่มีฟันหรือตรวจไม่ได้	✓	GUM		C	1	
27	รหัสสถานศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุสังกัดของโรงเรียน เป็น ระดับการศึกษาและสังกัดของโรงเรียน 1 = ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือระดับอนุบาล, 2 = ประถมศึกษารัฐบาล, 3 = ประถมศึกษาเทศบาล, 4 = ประถมศึกษาท้องถิ่น, 5 = ประถมศึกษาเอกชน, 6 = มัธยมศึกษารัฐบาล, 7 = มัธยมศึกษาเทศบาล, 8 = มัธยมศึกษาท้องถิ่น, 9 = มัธยมศึกษาเอกชน	✓	SCHOOLTYPE		C	1	
28	ระดับการศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน หรือเด็กวัยเรียน ให้ระบุชั้นที่ศึกษาเป็นเลข 1, 2, 3, 4, 5 หรือ 6	✓	CLASS		C	1	
29	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	Y
30	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
31	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (30)	REHABILITATION version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ผู้พิการหรือผู้สูงอายุ ที่ช่วยตัวเองไม่ได้)
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 2. ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพโดยหน่วยบริการอื่น
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่หน่วยบริการอื่น
หมายเหตุ	- ข้อมูลการให้บริการที่หน่วยบริการอื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ - การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 ครั้ง สำหรับ 1 ประเภทบริการ จะมี 1 record หากมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลายอย่างในการให้บริการครั้งเดียวกัน ก็จะมีมากกว่า 1 record - การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพกรณีผู้ป่วยใน หากเป็นการให้บริการที่ต่อเนื่องติดต่อกัน สามารถบันทึกใน record เดียวกันได้ โดยระบุวันที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและวันที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	เลขที่ผู้ป่วยใน	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน	✓	AN		C	9	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีที่มารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) กรณีเป็นผู้ป่วยในให้ใช้วันที่ DATE_SERV ใน SERVICE หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_ADMIT		DT	14	
6	วันที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	วันเดือนปีที่ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
7	วันที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยใน	วันเดือนปีที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน หมายเหตุ : YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_START		D	8	
8	วันที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยใน	วันเดือนปีที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	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		
12	รหัสสถานที่รับบริการ	รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	REHABPLACE		C	5	
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
15	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (31)	**NCDSCREEN** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ที่มารับบริการ และประวัติการได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ โดยยังไม่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง กรณีเป็นผู้ป่วยเบาหวานต้องทำการคัดกรองความดันโลหิตสูง หรือกรณีเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องคัดกรองเบาหวาน ยกเว้นเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตแล้วไม่ต้องทำการคัดกรอง
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่หน่วยบริการอื่น
หมายเหตุ	- การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1 ครั้ง จะมี 1 record โดยการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ทำในการคัดกรองครั้งเดียวกัน จะอยู่ใน record เดียวกัน และการติดตามผู้ที่พบความเสี่ยง (ยังไม่เป็นโรค) ก็จะบันทึกในแฟ้มนี้ด้วย - กรณีบันทึกข้อมูลการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้บันทึกเฉพาะแฟ้ม NCDSCREEN เท่านั้น
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มารับบริการคัดกรองโรค หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลีนิกใน 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	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	รหัสบริการใน-นอกหน่วย	1 = ในหน่วยบริการ, 2 = นอกหน่วยบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
6	รหัสประวัติสูบบุหรี่	1 = ไม่สูบ, 2 = สูบนานๆครั้ง, 3 = สูบเป็นครั้งคราว, 4 = สูบเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ		SMOKE		C	1	
7	รหัสประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอลล์	1 = ไม่ดื่ม (ไม่ดื่มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา), 2 = ดื่มนานๆ ครั้ง (ดื่ม 1-3 วัน/เดือน หรือดื่ม 1-11 วัน/ปี), 3 = ดื่มเป็นครั้งคราว (ดื่ม 1-4 วัน/สัปดาห์), 4 = ดื่มเป็นประจำ (ดื่ม 5-7 วัน/สัปดาห์), 9 = ไม่ทราบ	✓	ALCOHOL		C	1	
8	รหัสประวัติเบาหวานใน	1 = มีประวัติเบาหวานในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ		DMFAMILY		C	1	
9	รหัสประวัติความดันโลหิตสูง	1 = มีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ		HTFAMILY		C	1	
10	น้ำหนัก	น้ำหนัก (กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	WEIGHT		N	5	Y
11	ส่วนสูง	ส่วนสูง (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	HEIGHT		N		Y
12	เส้นรอบเอว (ซม.)	เส้นรอบเอว (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	WAIST_CM		N		Y
13	ความดันโลหิต ซิสโตลิก	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	SBP_1		N		Y
14	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	DBP_1		N		Y
15	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		SBP_2		N		
16	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		DBP_2		N		
17	ระดับน้ำตาลในเลือด	ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น 356.50 เป็นต้น	✓	BSLEVEL		N		

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
18	รหัสวิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด	1 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ หลังอดอาหาร, 2 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร, 3 =ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร 4 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร, 9 = ไม่ตรวจน้ำตาลในเลือดเนื่องจากคัดกรองแบบสอบถามปากเปล่าปกติ หมายเหตุ : กรณี ลำดับที่ 18 บันทึกเป็น 9 ลำดับที่ 17 ไม่ต้องลงบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด		BSTEST		C	1	
19	รหัสสถานที่รับบริการคัดกรอง	รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		SCREENPLACE		C	5	
20	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
21	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
22	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

* หมายหตุ : ลำดับที่ 15,16 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (32)	**FP** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัวกับผู้ที่มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. หญิงที่มาใช้บริการวางแผนครอบครัว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ทำหมันในโรงพยาบาลและ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 2. ผู้ชายที่มารับบริการอุปกรณ์คุมกำเนิด และการทำหมันในผู้ชาย
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ที่มารับบริการ
หมายเหตุ	- การให้บริการวางแผนครอบครัวแต่ละครั้ง สามารถมีได้มากกว่า 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มารับบริการวางแผนครอบครัว หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	รหัสวิธีการคุมกำแนิด	1 = ยาเม็ด , 2 = ยาฉีด , 3 = ห่วงอนามัย , 4 = ยาฝัง, 5 = ถุงยางอนามัย 6 = หมันชาย, 7 = หมันหญิง	✓	FPTYPE	Y	C	1	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	รหัสหน่วยบริการที่รับบริการ	รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		FPPLACE		C	5	
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
9	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (33)	**PRENATAL** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ หรือหญิงตั้งครรภ์ผู้มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการฝากครรภ์
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทราบประวัติการตั้งครรภ์ หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการตั้งครรภ์ครั้งเดิมของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ
หมายเหตุ	- ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ ที่หน่วยบริการอื่นให้บริการกับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ - การตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการตั้งครรภ์ครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิมของการตั้งครรภ์ครั้งนั้น - การบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล ให้ทำการปรับปรุงตามข้อมูลล่าสุดที่ทราบ ไม่ต้องรอให้ทราบข้อมูลครบทุกฟิลด์
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ผลการตรวจครั้งแรก

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	LMP		D	8	Y
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : ถ้าบันทึกค่า LMP	✓	EDC		D	8	
6	รหัสผลการตรวจ 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	รหัสผลการตรวจ HB_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3 = ไม่ตรวจ, 4 = รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	HB_RESULT		C	1	Y
8	รหัสผลการตรวจ 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) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_HCT		D	8	
10	ผลการตรวจ HCT	ระดับฮีมาโตคริค (%) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	✓	HCT_RESULT		N		
11	รหัสผลการตรวจ THALASSAEMIA	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3 = ไม่ตรวจ, 4 = รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	✓	THALASSEMIA		C	1	Y
12	วันเดือนที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
14	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	
15	ส่วนสูง (ซม.)	ส่วนสูง (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 155.9	✓	HEIGHT		N		Y

ชื่อแฟ้ม (34)	**ANC** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ และประวัติการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ 2. หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ที่รับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยบริการอื่น
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่หน่วยบริการอื่น
หมายเหตุ	- ข้อมูลการให้บริการที่หน่วยบริการอื่นให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ และควรจะเชื่อมโยงกับประวัติการตั้งครรภ์ในแฟ้ม PRENATAL - การให้บริการฝากครรภ์แต่ละครั้ง จะมี 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มารับบริการฝากครรภ์ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 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 ≤ 12 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13 - < 20 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 20 - < 26 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 26 - < 32 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 32 - 40 สัปดาห์		ANCNO		C	1	
7	อายุครรภ์	อายุครรภ์ (สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม	✓	GA		C	2	Y
8	รหัสผลการตรวจ	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓	ANCRESULT		C	1	Y
9	รหัสสถานที่รับบริการฝาก	รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	ANCPLACE		C	5	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
12	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	
13	น้ำหนัก(กก.)	น้ำหนัก(กก.) ของหญิงตั้งครรภ์ ในวันที่มารับบริการ ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 45.5	✓	WEIGHT		N		Y

ชื่อแฟ้ม (35)	LABOR version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการคลอด หรือการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และ/หรือหญิงคลอดผู้มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอด หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอด หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการคลอด
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	
หมายเหตุ	- ข้อมูลประวัติการคลอด หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ที่หน่วยบริการอื่นให้บริการกับหญิงคลอดที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ - การคลอด 1 ครั้ง หรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์จะมี 1 record หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของการคลอดครั้งเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิมของการคลอดครั้งนั้น
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	LMP		D	8	Y
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	EDC		D	8	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	วันคลอด/วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์	วันเดือนปีที่คลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BDATE	Y	D	8	Y
7	รหัสผลสิ้นสุดการตั้งครรภ์	รหัสโรค ICD-10-TM	✓	BRESULT		C	6	Y
8	รหัสสถานที่คลอด	1=โรงพยาบาล, 2=สถานีอนามัย/หน่วยบริการปฐมภูมิ, 3=บ้าน, 4=ระหว่างทาง, 5=	✓	BPLACE		C	1	Y
9	รหัสหน่วยบริการที่คลอด	รหัสมาตรฐานจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		BHOSP		C	5	
10	รหัสวิธีการคลอด/สิ้นสุดการตั้งครรภ์	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ท่าก้น, 6 = ABORTION	✓	BTYPE		C	1	Y
11	รหัสประเภทของผู้ทำคลอด	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = จนท.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) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
15	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (36)	POSTNATAL version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการดูแลมารดาหลังคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงคลอดผู้มารับบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2. หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่หน่วยบริการอื่น
หมายเหตุ	- ข้อมูลประวัติการตรวจหลังคลอด ที่หน่วยบริการอื่นให้บริการกับหญิงคลอดที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ - การให้บริการหลังคลอดแต่ละครั้ง จะมี 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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
5	วันคลอด/วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์	วันเดือนปีที่คลอด/วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY=ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BDATE		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	วันที่ดูแลแม่	วันเดือนปีที่ได้รับการดูแลแม่หลังคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) YYYY=ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	PPCARE	Y	D	8	Y
7	รหัสหน่วยบริการที่ดูแลแม่	รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	PPPLACE		C	5	
8	รหัสผลการตรวจมารดาหลัง	1=ปกติ, 2=ผิดปกติ, 9=ไม่ทราบ	✓	PPRESULT		C	1	Y
9	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
11	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (37)	NEWBORN version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการคลอดของทารกจากหญิง ในเขตรับผิดชอบ หรือทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ทารกหลังคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2. ทารกที่คลอดที่หน่วยบริการ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทราบประวัติการคลอดของทารก หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารกในเขตรับผิดชอบ 2. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทราบประวัติการคลอดของทารก หรือมีการปรับปรุงข้อมูลของประวัติการคลอดของทารกที่มาคลอดที่หน่วยบริการ
หมายเหตุ	- ข้อมูลประวัติการคลอดของทารกหลังคลอด ที่หน่วยบริการอื่นให้บริการกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ หรือทารกที่มาคลอดที่หน่วยบริการ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ - ทารกหลังคลอด 1 คน จะมี 1 record หากในการคลอดครั้งเดียวกันมีทารกที่เกิดมีชีพมากกว่า 1 คน จะมีมากกว่า 1 record เช่น กรณีเด็กแฝด - หากมีการเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลของทารกหลังคลอดคนเดียวกัน จะต้องเปลี่ยนแปลงใน record เดิม ของทารกคนนั้น - การบันทึกข้อมูลและการส่งข้อมูล ให้ทำการปรับปรุงตามข้อมูลล่าสุดที่ทราบ ไม่ต้องรอให้ทราบข้อมูลครบทุกฟิลด์
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้รับบริการคัดกรองโรค หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y
3	ทะเบียนบุคคล (แม่)	ทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON และทะเบียนนี้จะซ้ำกันได้หากบุคคลนั้นมีมารดาเป็นบุคคลเดียวกัน ใช้อ้างอิงในแฟ้ม Person	✓	MPID		C	15	Y
4	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น		GRAVIDA		C	2	
5	อายุครรภ์เมื่อคลอด	อายุครรภ์ (สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม		GA		C	2	

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
6	วันที่คลอด	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BDATE	Y	D	8	Y
7	เวลาที่คลอด	เวลาที่คลอด กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)	✓	BTIME		C	6	
8	รหัสสถานที่คลอด	1=โรงพยาบาล, 2=สถานีอนามัย, 3=บ้าน, 4=ระหว่างทาง, 5=อื่นๆ หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor		BPLACE		C	1	
9	รหัสหน่วยบริการที่คลอด	รหัสมาตรฐานจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		BHOSP		C	5	
10	รหัสลำดับที่ของทารกที่คลอด	ลำดับที่ของการคลอด 1 = คลอดเดี่ยว, 2 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 1, 3 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 2, 4 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 3, 5 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 4	✓	BIRTHNO		C	1	Y
11	รหัสวิธีการคลอด	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ท่าก้น		BTYPE		C	1	
12	รหัสประเภทของผู้ทำคลอด	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = จนท.สาธารณสุข (ที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล), 4 = ผดุงครรภ์โบราณ, 5 = คลอดเอง, 6 = อื่นๆ		BDOCTOR		C	1	
13	น้ำหนักแรกคลอด(กรัม)	หน่วยนับเป็นกรัม ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	✓	BWEIGHT		N	4	Y
14	สภาวการณ์ขาดออกซิเจน	แอพการ์ (ที่ 1 นาที) ใส่ค่าคะแนนจริง 0-10, 99 = ไม่ทราบ	✓	ASPHYXIA		C	2	Y
15	รหัสได้รับ VIT K หรือไม่	1 = ได้รับ, 2 = ไม่ได้รับ, 9 = ไม่ทราบ	✓	VITK		C	1	Y
16	รหัสได้รับการตรวจ TSH	1 = ได้รับการตรวจ, 2 = ไม่ได้ตรวจ, 9 = ไม่ทราบ	✓	TSH		C	1	Y
17	ผลการตรวจ TSH	ผลการตรวจระดับ TSH บันทึกเป็นค่า (จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	✓	TSHRESULT		N		
18	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
19	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	
20	ความยาว (ซม.)	ความยาว (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	LENGTH		N		Y
21	เส้นรอบศีรษะ (ซม.)	เส้นรอบศีรษะ (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	HEADCIRCUM		N		

ชื่อแฟ้ม (38)	NEWBORNCARE version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการดูแลทารกหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ทารกหลังคลอดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่หน่วยบริการอื่น
หมายเหตุ	- ข้อมูลการดูแลหลังคลอด ที่หน่วยบริการอื่นให้บริการกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ - การให้บริการดูแลทารกหลังคลอดแต่ละครั้ง จะมี 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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	
4	วันที่คลอด	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	BDATE		D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	วันที่ดูแลลูก	วันเดือนปีที่ลูกได้รับการดูแล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	BCARE	Y	D	8	Y
6	รหัสหน่วยบริการที่ดูแลลูก	รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	BCPLACE		C	5	
7	รหัสผลการตรวจทารกหลัง	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	✓	BCARERESULT		C	1	Y
8	รหัสอาหารที่รับประทาน	1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว	✓	FOOD		C	1	Y
9	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
11	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (39)	**EPI** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการวัคซีนกับผู้ที่มารับบริการ และประชาชนกลุ่มเป้าหมายของการฉีดวัคซีนในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้รับบริการวัคซีนทั้งใน และนอกหน่วยบริการ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีผู้รับบริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่หน่วยบริการอื่น
หมายเหตุ	- ข้อมูลการให้บริการที่หน่วยบริการอื่นให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ - การให้บริการวัคซีน 1 ชนิด ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากในการให้บริการครั้งหนึ่งมีการให้วัคซีนมากกว่า 1 ชนิด ก็จะมีมากกว่า 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มารับบริการวัคซีน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY=ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	รหัสวัคซีน	รหัสมาตรฐาน โดยสำนักวัคซีน กรมควบคุมโรค (การรับวัคซีนแต่ละครั้ง ไม่ควรฉีดชนิดเดียวกันเกินหนึ่งเข็ม)	✓	VACCINETYPE	Y	C	3	Y
6	สถานที่รับวัคซีน	รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	VACCINEPLACE		C	5	
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
9	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

* หมายเหตุ : กรณีบันทึกข้อมูลการรับบริการวัคซีน ให้บันทึกเฉพาะแฟ้ม EPI เท่านั้น

ชื่อแฟ้ม (40)	**NUTRITION** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการวัดระดับโภชนาการ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	ประชากรที่ได้รับการวัดระดับโภชนาการ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. กรณีของการให้บริการวัดระดับโภชนาการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ 2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่หน่วยบริการอื่น
หมายเหตุ	- การวัดระดับโภชนาการ รวมทั้งที่ทำในหน่วยบริการ และนอกหน่วยบริการ - ข้อมูลการวัดระดับโภชนาการที่หน่วยบริการอื่นทำกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ - การวัดระดับโภชนาการ 1 ครั้ง จะมี 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	

No (1)	ทะเบียนบุคคล	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y

No (1)	ทะเบียนบุคคล	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
5	สถานที่รับบริการ	รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	NUTRITIONPLACE		C	5	
6	น้ำหนัก(กก.)	น้ำหนัก(กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 45.5	✓	WEIGHT		N		Y
7	ส่วนสูง (ซม.)	ส่วนสูง (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 155.9	✓	HEIGHT		N		Y
8	เส้นรอบศีรษะ (ซม.)	เส้นรอบศีรษะ (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	HEADCIRCUM		N		
9	รหัสระดับพัฒนาการเด็ก*	1 = ปกติ, 2 = สงสัยช้ากว่าปกติ, 3 = ช้ากว่าปกติ หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะอายุเด็ก 0-5 ปี 11 เดือน 29 วัน	✓	CHILDDEVELOP		C	1	
10	รหัสอาหารที่รับประทานปัจจุบัน	0 = เลิกดื่มนมแล้ว บันทึกเฉพาะอายุเด็ก 0-2 ปี 11 เดือน 29 วัน, 1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว, 5=นมและอาหารอื่นๆ	✓	FOOD		C	1	
11	รหัสการใช้ขวดนม**	1 = ใช้ขวดนม, 2 = ไม่ใช้ขวดนม		BOTTLE		C	1	
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y
14	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

หมายเหตุ : *ลำดับที่ 9 ไม่ใช้ประมวลผล แต่ใช้แฟ้ม spacialpp ประมวลผลข้อมูลแทน

**ลำดับที่ 11 ไม่ใช้สำหรับประมวลผลข้อมูล

ชื่อแฟ้ม (41)	SPECIALPP version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับผู้ที่มารับบริการ และประวัติการได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☐ แฟ้มบริการ ☑ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ ทั้งในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการ 2. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ ที่หน่วยบริการอื่น
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. การให้บริการ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มารับบริการ และส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ 2. การสำรวจ จัดเก็บ/บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำการสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้รับบริการที่หน่วยบริการอื่นและส่งข้อมูลให้ส่วนกลางภายในรอบของเดือนนั้นๆ
หมายเหตุ	- ข้อมูลการให้บริการที่หน่วยบริการอื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของบริการ - การให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ 1 ประเภทบริการ ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record - หากในบริการแต่ละครั้ง มีการให้บริการมากกว่า 1 ประเภทบริการ ก็จะมีมากกว่า 1 record -กรณีบันทึกข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ ให้บันทึกเฉพาะแฟ้ม SPECIALPP เท่านั้น
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มารับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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 สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มารับบริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน		SEQ		C	16	
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY=ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31		DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	รหัสบริการใน-นอกหน่วย	1 = ในหน่วยบริการ, 2 = นอกหน่วยบริการ		SERVPLACE		C	1	Y
6	รหัสบริการส่งเสริมป้องกัน	รหัสการให้บริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ		PPSPECIAL	Y	C	6	Y
7	สถานที่รับบริการ	รหัสหน่วยบริการที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		PPSPLACE		C	5	
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน		PROVIDER		C	15	
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช		D_UPDATE		DT	14	Y
10	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (42)	COMMUNITY_ACTIVITY version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลกิจกรรมในชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☐ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. กิจกรรมในชุมชนที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกิจกรรมในชุมชน
หมายเหตุ	- กิจกรรมในชุมชน 1 กิจกรรม ในแต่ละครั้ง ในแต่ละชุมชน จะมี 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	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) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_START	Y	D	8	Y
4	วันที่สิ้นสุดการจัดกิจกรรม	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_FINISH		D	8	
5	รหัสกิจกรรมในชุมชน	รหัสกิจกรรมในชุมชน ตามรหัสมาตรฐานของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	COMACTIVITY	Y	C	7	Y
6	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

* หมายเหตุ : กรณีบันทึกข้อมูลบริการกิจกรรมในชุมชน ให้บันทึกเฉพาะแฟ้ม COMMUNITY_ACTIVITY เท่านั้น

ชื่อแฟ้ม (43)	COMMUNITY_SERVICE version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้บริการในชุมชนสำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการในชุมชน โดยโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 2. ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ (CUP เดียวกัน) ที่ได้รับบริการในชุมชน โดยโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ให้บริการในชุมชน
หมายเหตุ	- การให้บริการในชุมชน หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบและนอกเขตรับผิดชอบ เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ - การให้บริการในชุมชน 1 ประเภทบริการ ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากในบริการแต่ละครั้ง มีการให้บริการมากกว่า 1 ประเภทบริการ ก็จะมีมากกว่า 1 record
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- เขตรับผิดชอบ ในส่วนของโรงพยาบาล หมายถึง ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบในส่วนของบริการระดับปฐมภูมิ

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ 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) YYYY=ปีค.ศ., MM=เดือน 2 หลัก 01-12, DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	✓	DATE_SERV		D	8	Y
5	รหัสการให้บริการในชุมชน	รหัสการให้บริการสุขภาพระดับบุคคลในชุมชน ตามรหัสมาตรฐานของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	COMSERVICE	Y	C	7	Y
6	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน	✓	PROVIDER		C	15	
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
8	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	✓	CID		C	13	

ชื่อแฟ้ม (44)	**CARE_REFER** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ หรือส่งกลับ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ จากโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ และส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย
หมายเหตุ	- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วย - การให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ 1 อย่าง จะมี 1 record หากมีการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อมากกว่า 1 อย่าง จะมีมากกว่า 1 record - เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER_HISTORY โดย REFERID
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย 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	รหัสการให้การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ	รหัสแสดงการให้การดูแลหรือปฐมพยาบาลผู้ป่วยขณะส่งต่อผู้ป่วย 1. Airway = ระบบทางเดินหายใจ 2. Breathing = การหายใจ 3. IV fluid = ให้น้ำเกลือ 4. stop bluding = ห้ามเลือด 5. splint = เข้าเฝือก 6. อื่นๆ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	CARETYPE	Y	C	1	Y
5	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็นคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (45)	CLINICAL_REFER version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการประเมินทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
หมายเหตุ	- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย - การประเมินทางคลินิก 1 อย่าง ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากมีการให้การประเมินทางคลินิก หลายครั้ง ในการประเมินแต่ละอย่าง หรือมีการประเมินทางคลินิกหลายอย่าง ก็จะมีมากกว่า 1 record - เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER_HISTORY โดย REFERID
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย 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 บันทึกเป็นปีคริสตศักราช	✓	DATETIME_ASSESS	Y	C	14	Y
5	รหัสการตรวจประเมินทางคลินิก	รหัสมาตรฐานการตรวจประเมินทางคลินิก หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	CLINICALCODE	Y	C	6	Y
6	ชื่อการตรวจประเมินทาง	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) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (46)	**DRUG_REFER** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการได้รับยา ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการให้ยากับผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
หมายเหตุ	- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย - 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
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย 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	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของจังหวัด	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 หรือรหัสยาของหน่วยบริการ	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของหน่วยบริการในกรณีที่ยังไม่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก หรือ รหัสยาหน่วยบริการ	✓	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) และเป็นปี ค.ศ. หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็นปี ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (47)	**INVESTIGATION_REFER** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
หมายเหตุ	- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ 1 อย่าง ในแต่ละครั้ง จะมี 1 record หากมีการให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ หลายครั้ง หรือมีการตรวจหลายอย่าง ก็จะมีมากกว่า 1 record - เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER_HISTORY โดย REFERID
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย 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	วันที่เวลาที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย	วันเดือนปีและเวลาที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	DATETIME_INVEST	Y	C	14	Y
5	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	INVESTCODE	Y	C	6	Y
6	ชื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย	ชื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย		INVESTNAME		C	255	
7	วันที่เวลาที่รายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย	วันเดือนปีและเวลาที่รายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	DATETIME_REPORT		C	14	
8	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัยที่มีค่าเป็นตัวเลข	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย ที่มีค่าเป็นตัวเลข (จุดทศนิยม 2 ตำแหน่ง) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข	✓	INVESTVALUE		N	6	
9	คำอธิบายผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย	คำอธิบายผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจวินิจฉัย		INVESTRESULT		C	255	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (48)	**PROCEDURE_REFER** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการได้รับการทำหัตถการและผ่าตัด ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ส่งกลับ หรือตอบกลับ
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ จากโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการทำหัตถการหรือผ่าตัดผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
หมายเหตุ	- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย - การได้รับการทำหัตถการ 1 อย่าง แต่ละครั้ง จะมี 1 record หากมีการให้หัตถการหลายอย่าง หรือหลายครั้ง ก็จะมีมากกว่า 1 record - ประวัติการทำหัตถการในแผนกผู้ป่วยนอก เป็นหัตถการที่ทำในการรับบริการครั้งนี้ และประวัติหัตถการที่เคยได้รับที่มีความสำคัญต่อประวัติการรักษา - ประวัติการทำหัตถการในแผนกผู้ป่วยใน เป็นหัตถการที่ทำระหว่างการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น และประวัติหัตถการที่เคยได้รับที่มีความสำคัญต่อประวัติการรักษา - เชื่อมโยงกับข้อมูลประวัติการส่งต่อ ในแฟ้ม REFER_HISTORY โดย REFERID
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย 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	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของจังหวัด	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) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	TIMESTART	Y	DT	14	Y
5	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช 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	คำอธิบายการทำหัตถการหรือการรักษา	คำอธิบายการทำหัตถการหรือการรักษา		PDESCRIPTION		C	255	
9	ผลการทำหัตถการหรือการ	คำอธิบายผลการทำหัตถการหรือการรักษา		PROCEDRESULT		C	255	
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน 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) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ. และค่ามากว่าหรือเท่ากับ TIMESTART	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (49)	REFER_HISTORY version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลประวัติการส่งต่อผู้ป่วย
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 2. ผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับ ไปยังหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา 3. การตอบกลับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่ส่งมา เมื่อสิ้นสุดการรักษา โดยไม่ได้ส่งผู้ป่วยกลับ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับ
หมายเหตุ	- ส่งข้อมูลพร้อมการส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย - การส่งต่อ/ส่งกลับ/ตอบกลับผู้ป่วย 1 ครั้ง จะมี 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมข้อมูล จะบันทึกใน record เดิม - ข้อมูลรหัสการวินิจฉัยโรค จะอยู่ในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD หรือ DIAGNOSIS_IPD
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับหน่วยบริการเดิมที่ส่งผู้ป่วยมา และการตอบกลับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่ส่งมา โดยไม่ได้ส่งผู้ป่วยกลับด้วย

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ/ตอบกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย 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	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยกลางของจังหวัด	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง โดยออกในระดับจังหวัด กรณีที่มีการรวมศูนย์การส่งต่อระดับจังหวัด หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข	✓	REFERID_PROVINCE		C	10	
4	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น 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	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา (ถ้ามี) ในกรณีที่เป็นการส่งผู้ป่วยกลับหรือตอบกลับการส่งต่อเมื่อสิ้นสุดการรักษา หรือเป็นการส่งต่อไปยังอีกหน่วยบริการหนึ่ง หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข	✓	REFERID_ORIGIN		C	10	
8	รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา (ถ้ามี) ในกรณีที่เป็นการส่งผู้ป่วยกลับหรือตอบกลับการส่งต่อเมื่อสิ้นสุดการรักษา หรือเป็นการส่งต่อไปยังอีกหน่วยบริการหนึ่ง หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสหน่วยบริการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	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	วันที่เวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) กรณีเป็นผู้ป่วยใน หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและบันทึกเป็นวันเดือนปีที่รับเป็นผู้ป่วยในอ้างอิง DATETIME_ADMIT ในแฟ้ม ADMISSION มีรูปแบบ คือ YYYYMMDD บันทึกเป็นปี ค.ศ.	✓	DATETIME_ADMIT		DT	14	
11	วันที่เวลาส่งต่อผู้ป่วย	วันเดือนปีและเวลาที่ส่งต่อผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและบันทึกเป็นวันเดือนปี มีรูปแบบคือ YYYYMMDD บันทึกเป็นปีค.ศ.	✓	DATETIME_REFER		DT	14	Y
12	รหัสแผนกที่ส่งต่อผู้ป่วย	รหัสแผนกที่ส่งผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสหน่วยบริการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	CLINIC_REFER		C	5	
13	รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ หรือหน่วยบริการที่ส่งกลับไปหา หรือตอบกลับไปถึง หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสหน่วยบริการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSP_DESTINATION		C	5	Y
14	อาการสำคัญ	อาการสำคัญที่มาใช้บริการ		CHIEFCOMP		C	255	
15	ผลการตรวจร่างกายสำคัญ	ผลการตรวจร่างกาย พบความผิดปกติที่สำคัญ		PHYSICALEXAM		C	255	
16	วินิจฉัยโรคแรกรับ (ชื่อโรค)	ชื่อวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ เมื่อแรกรับ		DIAGFIRST		C	255	
17	วินิจฉัยโรคสุดท้าย (ชื่อโรค)	ชื่อวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ ครั้งสุดท้ายก่อนส่งผู้ป่วย		DIAGLAST		C	255	Y
18	สภาพผู้ป่วยก่อนส่งต่อ	อธิบายสภาพของผู้ป่วยก่อนส่งต่อ		PSTATUS		C	255	Y
19	รหัสประเภทผู้ป่วย	1 = ผู้ป่วยทั่วไป, 2 = ผู้ป่วยอุบัติเหตุ, 3 = ผู้ป่วยฉุกเฉิน(ยกเว้นอุบัติเหตุ) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	PTYPE		C	1	Y
20	รหัสระดับความเร่งด่วน	ระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ (1= life threatening, 2= emergency, 3= urgent, 4= acute, 5= non acute) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	EMERGENCY		C	1	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
21	รหัสกลุ่มโรคเฉพาะเพื่อการส่งต่อ	ประเภทของโรคหรือภาวะเฉพาะที่ต้องได้รับการส่งต่อ (01=STEMI, 02= Stroke, 03= trauma, 04= cancer, 05= sepsis, 06=pregnancy,labor,postpartum, 07= new born, 99= อื่นๆ) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	PTYPEDIS		C	2	
22	รหัสสาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย, 6 = เพื่อส่งผู้ป่วยกลับไปยัง หน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา, 7=เป็นการตอบกลับการส่งต่อ(ไม่ได้ส่งผู้ป่วย) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	CAUSEOUT		C	1	Y
23	สิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการ	สิ่งที่ต้องการให้หน่วยบริการปลายทางดำเนินการ		REQUEST		C	255	
24	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในหน่วยบริการเดียวกัน หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิง PROVIDER ในแฟ้ม PROVIDER	✓	PROVIDER		C	15	
25	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ DATE_SERV หรือ DATETIME_ADMIT มีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (50)	**REFER_RESULT** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลผลการตอบรับการส่งต่อ/ส่งกลับ ผู้ป่วย
ลักษณะแฟ้ม	☐ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☐ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	1. การตอบรับผู้ป่วยที่ส่งต่อ/ส่งกลับ มาจากโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	1. บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มีการตอบรับการส่งต่อ/ส่งกลับ
หมายเหตุ	- ส่งข้อมูลเมื่อมีการรับหรือปฏิเสธการรับผู้ป่วยส่งต่อ/ส่งกลับ - การตอบรับการส่งต่อ 1 ครั้ง จะมีการตอบรับ 1 record หากมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมข้อมูล จะบันทึกใน record เดิม
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- การตอบรับการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ/ส่งกลับ หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการที่รับส่งต่อ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงานของหน่วยบริการที่รับส่งต่อ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่าง/อ้างอิง HOSPCODE ในแฟ้ม PERSON		HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	เลขที่การส่งต่อผู้ป่วย ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกัน 1 หมายเลขสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย 1 ครั้ง ของหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วย หรือส่งกลับ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข		REFERID_SOURCE	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	
4	หน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสหน่วยบริการที่ส่งผู้ป่วยมา หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสหน่วยบริการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน		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	รหัสผลการส่งต่อ	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 ของหน่วยบริการที่รับผู้ป่วย	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ของหน่วยบริการที่รับผู้ป่วย หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข		PID_IN		C	15	
8	เลขที่ผู้ป่วยใน ของหน่วยบริการที่รับผู้ป่วย	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน ของหน่วยบริการที่รับผู้ป่วย หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลข		AN_IN		C	9	
9	สาเหตุที่ไม่สามารถรับผู้ป่วย	อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อได้		REASON		C	255	
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.		D_UPDATE		DT	14	Y

ชื่อแฟ้ม (51)	**DATA_CORRECT** version 2.4
นิยามข้อมูล	ข้อมูลที่ขอแก้ไข
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มแก้ไขข้อมูล
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	- ข้อมูลที่ส่งมาแก้ไขข้อมูลเดิมที่ผิดพลาด
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	- ตามรอบการส่งข้อมูล
หมายเหตุ	-
นิยามที่เกี่ยวข้อง	-

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE		C	5	Y
2	แฟ้มที่ขอแก้ไข	ชื่อแฟ้มที่ส่งขอแก้ไข	✓	TABLENAME		C	30	Y
4	รายละเอียดข้อมูล	รายการข้อมูลที่ขอแก้ไข	✓	DATA_CORRECT		JSON		Y
5	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE	Y	DT	14	Y

หมายเหตุ : ตัวอย่าง Text File ข้อมูลที่ขอแก้ไข

ตัวอย่างการแก้ไขแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD

HOSPCODE | TABLENAME | DATA_CORRECT | D_UPDATE

11111 | DIAGNOSIS_OPD | {'HOSPCODE' : '11111','PID' : '999999', 'SEQ' : '1234567', 'DATE_SERV' :' 20170601' , 'DIAGCODE' : 'A09 ', 'EDITOR_CID':'2222222222222'} | 20160820200000

ตัวอย่างข้อมูลใน JSON

กรณีที่ 1 เรื่องขอลบรายการข้อมูล DIAGNOSIS_OPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสหน่วยบริการ เลขที่ประจำตัวบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้ ใน JSON คือ Primary key ของ table นั้น

กรณีที่ 2 เรื่องขอแก้ไขรายการข้อมูล DIAGNOSIS_OPD จะต้องส่งข้อมูลรหัสหน่วยบริการ เลขที่ประจำตัวบุคคล ลำดับที่ของผู้มารับบริการมาแก้ไขใน JSON นี้ และส่งข้อมูลที่ถูกต้องมาในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD

ชื่อแฟ้ม (52)	POLICY
นิยามข้อมูล	ข้อมูลที่จัดเก็บตามนโยบาย
ลักษณะแฟ้ม	☑ แฟ้มสะสม ☑ แฟ้มบริการ ☐ แฟ้มกึ่งสำรวจ ☑ แฟ้มเก็บตามนโยบาย
หน่วยงานที่บันทึก	☑ รพ.สต. ☑ รพช. ☑ รพท. ☑ รพศ. ☑ อื่น ๆ :
ขอบเขตข้อมูล	- ตามแต่ละนโยบายกำหนด
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก	- ตามแต่ละนโยบายกำหนด
หมายเหตุ	- ขึ้นอยู่กับนโยบายแต่ละเรื่อง
นิยามที่เกี่ยวข้อง	- ตามแต่ละนโยบายกำหนด

version 2.4

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYPE (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE		C	5	Y
2	รหัสนโยบาย	รหัสนโยบายแต่ละเรื่อง ไม่ซ้ำกันในแต่ละปี (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกำหนดรหัส)	✓	POLICY_ID		C	3	Y
3	ปีนโยบาย	ปีนโยบายที่เริ่มใช้ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYY)	✓	POLICY_YEAR		D	4	Y
4	รายละเอียดข้อมูล	รายการข้อมูลตามแต่ละนโยบาย เก็บตามรูปแบบ JSON ตามที่กองยุทธศาสตร์และแผนงานกำหนด - วัดเส้นรอบศีรษะเด็กแรกเกิด (HC)	✓	POLICY_DATA		JSON		Y
5	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	✓	D_UPDATE		DT	14	Y

หมายเหตุ : 1. ตัวอย่าง Text File ข้อมูล แฟ้ม POLICY เรื่องวัดเส้นรอบศีรษะ

HOSPCODE | POLICY_ID | POLICY_YEAR | POLICY_DATA | D_UPDATE

11111 | 001 | 2017 | {'HOSPCODE' : '11111', 'PID' : '999999','BDATE' :'20170701', 'HC' : 35.0} | 20170820200000

ตัวอย่างรหัสนโยบาย : วัดเส้นรอบศีรษะเด็กแรกเกิด รหัส 001

POLICY_DATA : วัดเส้นรอบศีรษะเด็กแรกเกิดจะต้องมี

1.รหัสหน่วยบริการที่รายงาน

2.เลขประจำตัวบุคคลของเด็ก

3.วันเดือนปีเกิดของเด็ก

4.เส้นรอบศีรษะของเด็ก (วัดเส้นรอบศีรษะเด็กแรกเกิด วัดรอบบริเวณที่นูนที่สุดของหน้าผากเหนือกระดูกเบ้าตาและท้ายทอย หน่วยเป็น ซม. และมีจุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง)

2. จากตัวอย่างดังกล่าวมีข้อมูลการบันทึกอยู่ในระบบของโรงพยาบาล (HIS) อยู่แล้ว สามารถส่งออกข้อมูลตามรูปแบบ Java Script Object Notation (JSON) ดังกล่าว

ภาคผนวก

รายการเปลี่ยนแปลงแก้ไขรหัสและโครงสร้าง 43 แฟ้ม เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2561(Version2.3) และปีงบประมาณ 2564 (Version2.4)

รายการเปลี่ยนแปลงแก้ไขรหัสและโครงสร้าง 43 แฟ้ม
เปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2561 และ ปีงบประมาณ 2564 (Version 2.4)

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการเดิม ปีงบประมาณ 2561 (Version 2.3)	รายการแก้ไข ปีงบประมาณ 2564 (Version 2.4)
1	HOME, VILLAGE	**หมายเหตุ** -	**หมายเหตุ** เพิ่ม - การบันทึกรหัสหมู่บ้าน ในกรณีที่มีหมู่บ้านเกิน 3 หลัก ให้บันทึก ในรูปแบบ 2 หลัก ดังนี้ - หลักที่ 1 ระบุเป็นตัวอักษร A-Z แทนด้วยค่าตั้งแต่ 10-35 ตามลำดับ เช่น A หมายถึง 10 , B หมายถึง 11 ไปถึง Z หมายถึง 35 เป็นต้น - หลักที่ 2 ระบุเป็นตัวเลข 1 หลักมีค่าตั้งแต่0-9 ตัวอย่างการใช้งาน เช่น A0 หมายถึง 100, B9 หมายถึง 119, Z9 หมายถึง 359 เป็นต้น
2	PROVIDER	**หมายเหตุ** - **ลำดับที่ 11 ประเภทรหัสบุคลากร** -	**หมายเหตุ** เพิ่ม - ทุกแฟ้มที่มีการอ้างถึงเลขที่ผู้ให้บริการ (PROVIDER) ให้ใช้รหัสประเภทบุคลากร (PROVIDERTYPE) จากแฟ้ม PROVIDER นี้ **ลำดับที่ 11 ประเภทรหัสบุคลากร** - เพิ่มคำอธิบาย ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเหตุ : รหัสบุคลากรสามารถบันทึกได้หลายรหัส โดยคั่นแต่ละรหัสด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) - เพิ่มขนาดความกว้างฟิลด์จาก 3 เป็น 15 *** หมายเหตุ: ปรับแก้ไขทุกแฟ้มที่มีฟิลด์เลขที่ผู้ให้บริการ (PROVIDER)**
3	LABFU	**ลักษณะแฟ้ม** - แฟ้มบริการ **นิยามข้อมูล** - ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติ การของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกราย **ขอบเขตข้อมูล** 1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกครั้ง โดยโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 2. ผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ตรวจ macroalbumin หรือ microalbumin ในปัสสาวะมีผล positive หรือ eGFR < 60 เป็นครั้งแรกแล้วบันทึกผลการตรวจทุกครั้งที่ติดตาม 3. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น หรือผู้ที่มารับบริการสุขภาพอื่น ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	**ลักษณะแฟ้ม** - แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ **นิยามข้อมูล** - ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย **ทุกราย** **ขอบเขตข้อมูล** - ผู้ป่วย**ทุกราย** ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการเดิม ปีงบประมาณ 2561 (Version 2.3)	รายการแก้ไข ปีงบประมาณ 2564 (Version 2.4)
		นิยามที่เกี่ยวข้อง - ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรายที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ **ลำดับที่ 6 ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ** - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(จุดทศนิยม 2 หลัก) **ลำดับที่ 10 เลขที่ผู้ให้บริการ** - ไม่มี	**นิยามที่เกี่ยวข้อง** - ผู้ป่วย**ทุกราย** ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ **ลำดับที่ 6 ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ** - เพิ่มคำอธิบาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จุดทศนิยม 2 หลัก) (การแปลผลของผล LAB ให้ใช้ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน) - LABRESULT สามารถบันทึกเป็น Text - ชนิดข้อมูล(TYPE) = C (Character) มีความยาวถึง 255 **เพิ่ม ลำดับที่ 10 เลขที่ผู้ให้บริการ** - เลขที่ผู้ให้บริการบันทึกเฉพาะผู้ยืนยันผล LAB ที่เป็นนักเทคนิคการแพทย์ กรณีไม่ใช่นักเทคนิคการแพทย์ให้เว้นว่างไว้
4	DRUG_IPD	**ลำดับที่** 9 **วันที่เริ่มให้ยา** - NOT NULL = ไม่ระบุ	**ลำดับที่ 9 วันที่เริ่มให้ยา** - แก้ไข NOT NULL = Y (เพื่อเพิ่มความจำเป็นในการบันทึกตัวแปรนี้เพื่อคุณภาพข้อมูลของวันที่เริ่มให้ยา)
5	DENTAL	**นิยามข้อมูล** - **ขอบเขตข้อมูล** - **ลำดับที่ 5 รหัสประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ** 1 = กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 2 = กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน 3 = กลุ่มเด็กวัยเรียน 4 = กลุ่มผู้สูงอายุ	**นิยามข้อมูล** - ข้อมูลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่และข้อมูลวางแผนการส่งเสริมป้องกันและรักษาของผู้มารับบริการ **ขอบเขตข้อมูล** - บันทึกข้อมูลในแฟ้ม Dental เฉพาะผู้ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ และวางแผนให้บริการสุขภาพช่องปาก 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ANC ที่ได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟังทุกซี่อย่างน้อย 1 ครั้ง 2) เด็กในโรงเรียนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพของฟันทุกซี่ 3) ผู้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพในกรณีที่ตรวจสุขภาพทั้งปาก ในโรงพยาบาลและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ **ลำดับที่ 5 รหัสประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ** 1 = กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 2 = กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 0-5 ปี) 3 = กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) 4 = กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการเดิม ปีงบประมาณ 2561 (Version 2.3)	รายการแก้ไข ปีงบประมาณ 2564 (Version 2.4)
		5 = กลุ่มอื่น ๆ (นอกเหนือจาก 4 กลุ่มแรก) **ลำดับที่ 7 จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)** - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 8 จำนวนฟันแท้ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)** - จำนวนฟันแท้ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่) - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 9 จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)** - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 10 จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)** - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 11 จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)** - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 12 จำนวนฟันน้ำนมผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)** - จำนวนฟันน้ำนมผุที่ไม่ได้ (ซี่) - NOT NULL = ไม่ระบุ - **ลำดับที่ 13 จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)** - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 14 จำนวนฟันน้ำนมที่ถอน(ซี่)**) - จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่) - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 15 รหัสจำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์** - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 16 รหัสจำเป็นต้องขูดหินน้ำลาย** - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 17 จำนวนฟันที่ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน** - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 18 จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด** - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 19 จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องอุด** - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 20 จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน** - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 21 จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน** - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 22 รหัสจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม** - NOT NULL = ไม่ระบุ	5 = กลุ่มอื่น ๆ (นอกเหนือจาก 4 กลุ่มแรก) **ลำดับที่ 7 จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 8 จำนวนฟันแท้ผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)** - แก้ไขคำอธิบาย จำนวนฟันแท้ผุ ทั้งกรณี ที่ยังไม่ได้อุด หรืออุดแล้วมีผุเพิ่ม (ซี่) - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 9 จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 10 จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 11 จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 12 จำนวนฟันน้ำนมผุที่ไม่ได้อุด (ซี่)** - แก้ไขคำอธิบาย จำนวนฟันน้ำนมผุ ทั้งกรณีที่ยังไม่ได้อุด หรืออุดแล้วมีผุเพิ่ม (ซี่) - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 13 จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการอุด (ซี่)** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 14 จำนวนฟันน้ำนมที่ถอน(ซี่)** - แก้ไขCAPTION จำนวนฟันน้ำนมที่ถอน(ซี่) - แก้ไขคำอธิบาย จำนวนฟันน้ำนมที่ถอน <u>ไม่นับรวมกรณีหลุดตามอายุ</u> (ซี่) - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 15 รหัสจำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 16 รหัสจำเป็นต้องขูดหินน้ำลาย** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 17 จำนวนฟันที่ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 18 จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 19 จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องอุด** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 20 จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 21 จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน** - แก้ไข NOT NULL = Y **ลำดับที่ 22 รหัสจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม** - แก้ไข NOT NULL = Y

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการเดิม ปีงบประมาณ 2561 (Version 2.3)	รายการแก้ไข ปีงบประมาณ 2564 (Version 2.4)
		ลำดับที่ 23 จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้ - จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้ **ลำดับที่ 24 จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม** - จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี **(ซี่)** **ลำดับที่ 25 จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม** - จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี **(ซี่)** **ลำดับที่ 26 รหัสสภาวะปริทันต์** - ใช้รหัส CPI ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 0 = ปกติ 1 = มีเลือดออกภายหลังจากการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์ 2 = มีหินน้ำลาย แต่ยังเห็นแถบดำบนเครื่องมือ 3 = มีร่องลึกปริทันต์ 4–5 ม.ม. (ขอบเหงือกอยู่ภายในแถบดำ) 4 = มีร่องลึกปริทันต์ 6 ม.ม.หรือมากกว่า (มองไม่เห็นแถบดำบนเครื่องมือ) 5 = มีหินน้ำลายและมีเลือดออกภายหลังจากการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์ 9 = ตรวจไม่ได้/ไม่ตรวจ หลักที่ 1=ตำแหน่งฟันหลังบนด้านขวา หลักที่ 2=ตำแหน่งฟันหน้าบน หลักที่ 3=ตำแหน่งฟันหลังบนด้านซ้าย หลักที่ 4=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านซ้าย หลักที่ 5=ตำแหน่งฟันหน้าล่าง หลักที่ 6=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านขวา - ความกว้างฟิลด์ (WIDTH) = 6 **ลำดับที่ 27 รหัสสถานศึกษา** - กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุสังกัดของโรงเรียน เป็น ระดับการศึกษาและสังกัดของโรงเรียน 1 = ศพด. 2 = ประถมศึกษารัฐบาล 3 = ประถมศึกษาเทศบาล 4 = ประถมศึกษาท้องถิ่น 5 = ประถมศึกษาเอกชน 6 = มัธยมศึกษารัฐบาล 7 = มัธยมศึกษาเทศบาล 8 = มัธยมศึกษาท้องถิ่น 9 = มัธยมศึกษาเอกชน	**ลำดับที่ 23 จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้** - เพิ่มคำอธิบาย จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้ **(คู่)** **ลำดับที่ 24 จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม** - แก้ไขคำอธิบาย จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี **(คู่)** **ลำดับที่ 25 จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม** - แก้ไขคำอธิบาย จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี **(คู่)** **ลำดับที่ 26 รหัสสภาวะปริทันต์** - แก้ไขคำอธิบาย 0 = ปกติ, 1 = เหงือกอักเสบ, 2 = มีหินน้ำลายชัดเจน, 3 = ปริทันต์อักเสบหรือมีฟันโยก, 9 = ไม่มีฟันหรือตรวจไม่ได้ - ความกว้างฟิลด์ (WIDTH) = 1 **ลำดับที่ 27 รหัสสถานศึกษา** - กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุสังกัดของโรงเรียน เป็น ระดับการศึกษาและสังกัดของโรงเรียน 1 = ศพด. หรือระดับอนุบาล 2 = ประถมศึกษารัฐบาล 3 = ประถมศึกษาเทศบาล 4 = ประถมศึกษาท้องถิ่น 5 = ประถมศึกษาเอกชน 6 = มัธยมศึกษารัฐบาล 7 = มัธยมศึกษาเทศบาล 8 = มัธยมศึกษาท้องถิ่น 9 = มัธยมศึกษาเอกชน

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการเดิม ปีงบประมาณ 2561 (Version 2.3)	รายการแก้ไข ปีงบประมาณ 2564 (Version 2.4)
		ลำดับที่ 28 ระดับการศึกษา - กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุชั้นที่เรียนอยู่ ศพด. มีชั้นที่ 1-3 ประถมศึกษา มีชั้นที่ 1-6 มัธยมศึกษา มีชั้นที่ 1-6 **ลำดับที่ 29 เลขที่ผู้ให้บริการ** - NOT NULL = ไม่ระบุ (** ลำดับที่ 7-22 , 29 NOT NULL = ไม่ระบุ)	**ลำดับที่ 28 ระดับการศึกษา** - กรณีเป็นกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน หรือเด็กวัยเรียน ให้ระบุชั้นที่ศึกษา เป็นเลข 1, 2, 3, 4, 5 หรือ 6 **ลำดับที่ 29 เลขที่ผู้ให้บริการ** - แก้ไข NOT NULL = Y (** ลำดับที่ 7-22 , 29 แก้ไข NOT NULL = Y)
6	FP	**ลักษณะแฟ้ม** - แฟ้มบริการ	**ลักษณะแฟ้ม** - แฟ้มบริการกึ่งสำรวจ
7	PRENATAL	**นิยามที่เกี่ยวข้อง** - ไม่มี **ลำดับที่ 15** ส่วนสูง (ซม.) - ไม่มี	**นิยามที่เกี่ยวข้อง** เพิ่ม - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หมายถึง ผลการตรวจครั้งแรก **เพิ่ม ลำดับที่ 15** ส่วนสูง (ซม.) - เพิ่มคอลัมน์ ส่วนสูง (ซม.) (HEIGHT) - เพิ่มคำอธิบาย ส่วนสูง(ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 155.9 - NOT NULL = Y
8	ANC	**ลำดับที่ 6 ANCช่วงที่** การนัดช่วงที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ **ลำดับที่ 13** น้ำหนัก (กก.) - ไม่มี	**ลำดับที่ 6 ANCช่วงที่** แก้ไขคำอธิบาย การนัดช่วงที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13 - < 20 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 20 – <26 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 26 - <32 สัปดาห์ การนัดช่วงที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 32 - 40 สัปดาห์ **เพิ่ม ลำดับที่ 13** น้ำหนัก (กก.) - เพิ่มคอลัมน์ น้ำหนัก(กก.) (WEIGHT) - เพิ่มคำอธิบาย น้ำหนัก(กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลักและทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 45.5 - NOT NULL = Y
9	NEWBORN	**ลำดับที่ 13** น้ำหนักแรกคลอด (กรัม) - NOT NULL = ไม่ระบุ **ลำดับที่ 20** ความยาว (ซม.) - ไม่มี	**ลำดับที่ 13** น้ำหนักแรกคลอด (กรัม) - แก้ไข NOT NULL = Y **เพิ่ม ลำดับที่ 20** ความยาว (ซม.) - เพิ่มคอลัมน์ ความยาว (ซม.)(LENGTH) - แก้ไขคอลัมน์ NAME จาก LONG แก้ไขเป็น LENGTH - เพิ่มคำอธิบาย ความยาว (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง - NOT NULL = Y

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม	รายการเดิม ปีงบประมาณ 2561 (Version 2.3)	รายการแก้ไข ปีงบประมาณ 2564 (Version 2.4)
		ลำดับที่ 21 เส้นรอบศีรษะ (ซม.) - ไม่มี	**เพิ่ม ลำดับที่ 21** เส้นรอบศีรษะ (ซม.) - เพิ่มคอลัมน์ เส้นรอบศีรษะ (ซม.) (HEADCIRCUM) - คำอธิบาย เส้นรอบศีรษะ (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง
10	NUTRITION	**ลำดับที่ 7** ส่วนสูง (ซม.) - ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก **ลำดับที่ 8** เส้นรอบศีรษะ (ซม.) - ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	**ลำดับที่ 7** ส่วนสูง (ซม.) - เพิ่มคำอธิบาย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 155.9 **ลำดับที่ 8** เส้นรอบศีรษะ (ซม.) - เพิ่มคำอธิบาย เส้นรอบศีรษะ (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 1 ตำแหน่ง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข