

แบบรายงานการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ช่วยเหลือประชาชนที่ประสบภัยที่เกิดจากอุทกภัย
 ศูนย์บริการสาธารณสุข กลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุขที่
 ประจำวันที่ เดือน.....พ.ศ.....

- | | | | |
|-----|----------------------------------------|-------------|-------------|
| 1 | จำนวนชุมชนที่ออกหน่วยช่วยเหลือประชาชน | ..... | ชุมชน |
| 2 | จำนวนบ้านที่ออกหน่วยช่วยเหลือประชาชน | ..... | หลังคาเรือน |
| 3 | จำนวนประชาชนที่ให้ความช่วยเหลือ | ..... | คน |
| 4 | การดูแลด้านสุขภาพจิต | ..... | คน |
| 5 | ยาและเวชภัณฑ์ที่แจกจ่าย | | |
| 5.1 | ยารักษาโรคน้ำกัดเท้า (Whitfield Oint.) | ..... | หลอด |
| 5.2 | ยาทาแผลสด (Povidine) | ..... | ขวด |
| 5.3 | ยาแก้ปวดลดไข้ (Paracetamol 500 mg.) | ..... | เม็ด |
| 5.4 | ยาแก้แพ้ (CPM 4 mg.) | ..... | เม็ด |
| 5.5 | ผงน้ำตาลเกลือแร่ (O.R.S.) | ..... | ซอง |
| 5.6 | ทรายอะเบท | ..... | ซอง |
| 5.7 | อื่น ๆ (ระบุ)..... | ..... |  |
| | | | |
| | | | |
| 6 | สื่อประชาสัมพันธ์ | | |
| 6.1 | การป้องกันโรคและภัยที่เกิดจากน้ำท่วม | จำนวน | แผ่น |
| 6.2 | อื่น ๆ (รวม) | จำนวน | แผ่น |

ผู้รายงาน.....
 ตำแหน่ง.....
 โทรศัพท์.....

หมายเหตุ : ส่งแบบรายงานหลังการปฏิบัติงานทุกวันที่ 25 ของทุกเดือน
 ทางโทรสารหมายเลข 0 2203 2888-9