



บริษัท โรงพยาบาลราชธานี จำกัด (มหาชน)
RAJTHANEE HOSPITAL PUBLIC COMPANY LIMITED

โรงเรียนจอมสุรางค์อุปถัมภ์
เลขรับ.....0969
วันที่.....24 พ.ค. 2567
เวลา.....

ที่ รน.ผอ..... /๒๕๖๗

๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง โครงการความร่วมมือระหว่างโรงเรียน และโรงพยาบาลราชธานี เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนภาวะ
สุขภาพของนักเรียน และคณะครู-อาจารย์
เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ร่างบันทึกข้อตกลง(MOU)ว่าด้วยความร่วมมือการดำเนินงานส่งเสริมและสนับสนุนภาวะ
สุขภาพของนักเรียน และคณะครู-อาจารย์

ด้วยโรงพยาบาลราชธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมและสนับสนุน
ภาวะสุขภาพของนักเรียน ,คณะครู-อาจารย์และบุคลากรในโรงเรียนของท่าน ตามนโยบายของกระทรวง
สาธารณสุข โดยมุ่งหวังที่จะให้ประชาชนได้รับการคัดกรอง และประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต
โดยมีข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล และการส่งต่อเพื่อให้
ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โรงพยาบาลราชธานีเป็นหนึ่งในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
จึงมีนโยบายโดยมุ่งหวังให้ท่านได้รับการบริการทางสุขภาพเบื้องต้น และช่วยเหลือสนับสนุนในด้านสุขภาพและ
โภชนาการ สนับสนุนแหล่งเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสารด้านสุขภาพ และกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆของ
โรงเรียน

ในการนี้ โรงพยาบาลราชธานี ใคร่ขอประชาสัมพันธ์โครงการ เพื่อให้ทางโรงเรียนได้รับการบริการ
ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย โดยทีมแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ อุปกรณ์เครื่องมือการ
รักษาที่ทันสมัย รวมทั้ง ทีมประสานงานที่ยินดีให้บริการ ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับ
การตอบรับและเป็นพันธมิตรด้านสุขภาพกับทางโรงเรียนของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จักขอบพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการเพื่อ

☒ ๑. ทราบ

☒ ๒. สมควรมอบฝ่าย.....

พิจารณา/ดำเนินการ

☐ ๓.

24 พ.ค. 2567

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์ชัชรินทร์ ปิ่นสุวรรณ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชธานี

☒ ทราบ ☐ อนุมัติ ☐ อนุมัติ
☒ มอบ ☐ บริหารวิชาการ
☐ บริหารงานบุคคล
☐ บริหารงบประมาณ
☒ บริหารทั่วไป
☐ สำนักงานผู้อำนวยการ

24 พ.ค. ๒๕๖๗

แผนการตลาด ประชาสัมพันธ์และประกันสุขภาพ

โทร. (๐๓๕)๓๓๕๕๕๕ ต่อ ๘๖๖, ๘๕๘

E-mail : marketing@rajthanee.com



บริษัท โรงพยาบาลราชธานี จำกัด (มหาชน)
RAJTHANEE HOSPITAL PUBLIC COMPANY LIMITED

บันทึกข้อตกลง(MOU)

ว่าด้วยความร่วมมือการดำเนินงานส่งเสริมและสนับสนุนภาวะสุขภาพ
ของนักเรียน,คณะครู-อาจารย์ และบุคลากร
ระหว่างโรงเรียน กับ โรงพยาบาลราชธานี

บันทึกข้อตกลงความร่วมมือฉบับนี้จัดทำขึ้นระหว่างโรงเรียนโดย..... ผู้อำนวยการโรงเรียนฝ่ายหนึ่ง กับโรงพยาบาลราชธานี โดยนายแพทย์ ชัชรินทร์ ปิ่นสุวรรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชธานี อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความขับเคลื่อนด้านส่งเสริมและสนับสนุนภาวะสุขภาพของนักเรียน,คณะครู-อาจารย์ และบุคลากร อีกทั้งยังเป็นการแสดงเจตนารมณ์อันมุ่งมั่น และความตั้งใจร่วมกันในการดำเนินงาน โดยมุ่งหวังให้สุขภาพของนักเรียน,คณะครู-อาจารย์ และบุคลากร ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ โดยทั้งสองฝ่ายจึงตกลงร่วมมือโดยมีสาระสำคัญของบันทึกข้อตกลง ดังนี้

- ๑.ส่งเสริมสนับสนุนด้านสุขภาพการคัดกรอง และประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/สุขภาพจิต
- ๒.ส่งเสริมสนับสนุนเป็นแหล่งการเรียนรู้ให้กับโรงเรียน
- ๓.สนับสนุนแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และความคิดเห็นระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดความรวดเร็วมากยิ่งขึ้น
- ๔.แก้ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินงานภายใต้บันทึกความร่วมมือ

ทั้งนี้ ทั้งสองหน่วยงานจะประสานความร่วมมือระหว่างกัน และจะสนับสนุนการดำเนินงานของโรงเรียนด้านการส่งเสริมและสนับสนุนภาวะสุขภาพของนักเรียน,คณะครู-อาจารย์ และบุคลากร เพื่อให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

บันทึกข้อตกลงความร่วมมือนี้ จัดทำขึ้นเป็น ๒ ฉบับมีความถูกต้องตรงกัน ทุกฝ่ายได้อ่านและทำความเข้าใจตามข้อตกลงโดยละเอียดแล้ว จึงได้ลงชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน ต่างยัดถื่อไว้ฝ่ายละ 1 ฉบับ

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงเรียน

(นายแพทย์ ชัชรินทร์ ปิ่นสุวรรณ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชธานี

(.....)พยาน

ตำแหน่ง.....

(นางขวัญฤดา ขวัญแก้ว)พยาน

ตำแหน่ง ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการตลาด



แบบคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงสุขภาพกาย/สุขภาพจิตกลุ่มอายุ 15-34 ปี โรงพยาบาลราชบุรี

ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี เลขประจำตัวประชาชน _____

เบอร์โทรศัพท์ _____ วันที่ทำแบบประเมิน _____

1. น้ำหนัก _____ ก.ก ส่วนสูง _____ ซม. รอบเอว _____ นิ้ว [BMI _____]

2. ความดันโลหิต _____ มม.ปรอท

3. ท่านสูบบุหรี่ / ยาสูบ หรือไม่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ ถ้าสูบ กรุณาตอบคำถามในตาราง (Heaviness of Smoking Index)

	ภายใน 5 นาที (3)	ภายใน ครึ่งชั่วโมง (2)	ภายใน 1 ชั่วโมง (1)	หลังจาก 1 ชั่วโมง (0)
หลังตื่นนอนตอนเช้าท่านสูบบุหรี่หรือมวนแรกเมื่อใด				
	30 มวนขึ้นไป(3)	21-30 มวน (2)	10-20 มวน (1)	น้อยกว่า 10 มวน(0)
ท่านสูบบุหรี่ / ยาสูบ วันละกี่มวน				

4. ท่านใช้สารเสพติดหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช้ กรุณาระบุ _____

5. ท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม 0-1 ครั้ง ต่อเดือน (เสี่ยงน้อย)
☐ ดื่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (เสี่ยงปานกลาง)
☐ ดื่ม เกือบทุกวัน / ทุกวัน (เสี่ยงสูง)

6. ในช่วง 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่าน มีภาวะดังต่อไปนี้หรือไม่

ข้อ	ภาวะเครียด (ST5)	ไม่มี/น้อยมาก (0)	เป็นบางครั้ง (1)	เป็นบ่อยครั้ง (2)	เป็นประจำ (3)
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือ นอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด / กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึก เบื่อ / เหน็ด				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
	ภาวะซึมเศร้า (2Q)	มี		ไม่มี	
6	รู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง				
7	รู้สึก เบื่อ อะไร ก็ไม่เพลิดเพลิน				

ข้าพเจ้ายอมรับว่าเป็นผู้ทำแบบสอบถามนี้ด้วยตนเอง

ลงชื่อ _____

ส่วนที่ 2 สรุปผลการประเมิน

1. ผลการประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไปเบื้องต้น ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
2. ผลการประเมินความเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์ การเสพสารเสพติด และบุหรี่ย
2.1 บุหรี่ (ระดับการเสพติด) ☐ ต่ำ (0-2 คะแนน) ☐ ปานกลาง (3-4 คะแนน) ☐ รุนแรง (5-6 คะแนน)
2.2 สารเสพติด ☐ เสี่ยง ☐ ไม่เสี่ยง
2.3 แอลกอฮอล์ ☐ เสี่ยงน้อย ☐ เสี่ยงปานกลาง ☐ เสี่ยงสูง
3. ผลการประเมินภาวะเครียด/ซึมเศร้า (5 / 2 คำถาม)
3.1 ระดับความเครียด ☐ น้อย (0-4 คะแนน) ☐ ปานกลาง (5-7 คะแนน) ☐ มาก (8 คะแนนขึ้นไป)
3.2 ความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ☐ ไม่เสี่ยง (ไม่มีทั้ง 2 ข้อ) ☐ เสี่ยง (มีข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ)

ส่วนที่ 3 การบริการทางการแพทย์

- ☐ ให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น
- การรับประทานอาหารให้เหมาะสม ลดอาหารหวาน มัน เค็ม แบ่งมาก
 - การออกกำลังกายตามที่ชื่นชอบและเหมาะสม
 - ลด/ งด การสูบบุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
 - การพักผ่อนให้เพียงพอ
- ☐ ติดตามมาทำแบบประเมิน Assist V3.1 ต่อในกรณีผลการประเมินความเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การเสพสารเสพติด และบุหรี่ย อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง
- ☐ แนะนำ / นัดหมายเพื่อเข้ารับการประเมินด้วย 9Q เมื่อ 2Q ให้ผลบวก
- ☐ บันทึกข้อมูลในแบบคัดกรองความเสี่ยง
- ☐ บันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพ และแจ้งให้ผู้รับบริการ
- ☐ แนะนำ / นัดหมายเพื่อรับการรักษา ในกรณีที่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ
- ☐ อื่น ๆ _____

ลงชื่อ _____ ผู้ให้บริการ