



คู่มือการใช้บริการห้องพยาบาล โรงเรียนพิบูลอุปถัมภ์



กลุ่มบริหารงานทั่วไป โรงเรียนพิบูลอุปถัมภ์
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

คู่มือและมาตรฐานการปฏิบัติในการใช้ห้องพยาบาล โรงเรียนพิบูลอุปถัมภ์

1. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของงานอนามัย

- 1.1 จัดหาและเวชภัณฑ์เพื่อบริการอย่างเพียงพอ
- 1.2 บริการจ่ายยาแก่นักเรียน ครูและบุคลากรในโรงเรียนที่มีอาการเจ็บป่วย
- 1.3 ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่นักเรียน ครูและบุคลากรในโรงเรียน
- 1.4 ให้บริการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง
- 1.5 ให้บริการการนอนพักที่ห้องพยาบาลของโรงเรียนในกรณีที่นักเรียน ครูและบุคลากรเจ็บป่วยหรือไม่สบาย
- 1.6 การติดตามภาวะโภชนาการของนักเรียนอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปีการศึกษาและรายงานผลข้อมูลต่อผู้บังคับบัญชาหรือผู้ที่เกี่ยวข้องตามลำดับขั้นตอน
- 1.7 ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภายนอกโรงเรียน เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขประจำเขตพื้นที่เพื่อให้บริการตรวจสุขภาพนักเรียน ครูและบุคลากรทางการศึกษา
- 1.8 ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภายนอกเพื่อขอรถพยาบาลสำหรับกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินของนักเรียน ครูและบุคลากร
- 1.9 ติดต่อประสานงานกับครูประจำชั้น/ครูที่ปรึกษา กรณีพบการเจ็บป่วยฉุกเฉินเพื่อแจ้งผู้ปกครองหรือญาติของผู้ป่วยให้มารับทราบ
- 1.10 ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

2. แนวปฏิบัติสำหรับการให้บริการ

- 2.1 นักเรียน ครูและบุคลากรของโรงเรียนที่มารับบริการด้วยอาการเจ็บป่วย ต้องลงบันทึกการใช้ห้องพยาบาลตามแบบฟอร์มของห้องพยาบาลทุกครั้ง
- 2.2 นักเรียนที่มาใช้บริการต้องแจ้งอาการเจ็บ/ป่วยแก่คุณครูหรือเจ้าหน้าที่ห้องพยาบาลให้ทราบก่อนทุกครั้ง
- 2.3 ผู้ที่มารับบริการต้องแจ้งการแพ้ยา ระบุอาการแพ้ยาและชื่อยาที่แพ้ให้คุณครูหรือเจ้าหน้าที่ห้องพยาบาลให้ทราบทุกครั้ง (หากแพ้ยาแต่ไม่สามารถระบุชื่อยาได้ งดการจ่ายยาทุกกรณี)
- 2.4 หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวต้องแจ้งคุณครูหรือเจ้าหน้าที่ห้องพยาบาลให้ทราบทุกครั้ง
- 2.5 ห้ามหยิบยารับประทานเอง
- 2.6 การขออนุญาตนอนพักห้องพยาบาล นักเรียนต้องกรอกแบบฟอร์มการขออนุญาตนอนพักห้องพยาบาล และต้องได้รับการอนุญาตจากคุณครูหรือเจ้าหน้าที่ห้องพยาบาลหรือคุณครูประจำวิชาก่อนทุกครั้ง
- 2.7 ไม่อนุญาตให้เข้าเยี่ยมนักเรียนที่นอนพักในห้องพยาบาล
- 2.8 ห้ามส่งเสียงดังรบกวนคุณครูหรือเจ้าหน้าที่ห้องพยาบาลและนักเรียนที่ป่วย
- 2.9 นักเรียนที่ป่วยมากหรือมีไข้สูงจะต้องติดต่อให้ผู้ปกครองมารับกลับทันทีเพื่อพบแพทย์

2.10 นักเรียนที่ป่วยมากจนไม่สามารถรอได้ ทางคุณครูหรือเจ้าหน้าที่จะดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตัวไปรักษาต่อพร้อมทั้งแจ้งผู้ปกครองหรือญาติให้รับทราบ

2.11 นักเรียนที่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรงจะนำส่งไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลที่ใกล้และอยู่ในข้อตกลงของประกันอุบัติเหตุพร้อมทั้งแจ้งผู้ปกครองหรือญาติให้รับทราบ

3. **ประเภทงานให้บริการ** – การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้เรียน ครูและบุคลากรทางการศึกษา

4. **ระยะเวลาที่ใช้บริการ** - ทุกวันจันทร์ - วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 07.30 น. – 16.30 น.

5. **ผู้รับผิดชอบในการให้บริการ**

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. นางธนารักษ์ รอดอ่อน | หัวหน้างานอนามัยโรงเรียน |
| 2. นางสาวณัฐรี กองจันทร์ | ครู |
| 3. นายธนพล ประกลม | ครูอัตราจ้าง |
| 4. นางสาวสุชาวดี สร้างรัมย์ | นักเรียนจิตอาสาประจำห้องพยาบาล |
| 5. นางสาวทิฆัมพร พรรณยืนยง | นักเรียนจิตอาสาประจำห้องพยาบาล |
| 6. นางสาววรัญชลี ทองจันทร์ | นักเรียนจิตอาสาประจำห้องพยาบาล |

ภาคผนวก ก

แบบฟอร์มบันทึกการใช้บริการห้องพยาบาลโรงเรียนพิบูลอุปถัมภ์

การใช้บริการห้องพยาบาล ภาคเรียนที่ ปี 2567

ระดับชั้น.....

วัน ที่ เดือนพ.ศ.....

ที่	เวลา	ชื่อสกุล	ชั้นเรียน	อายุ	อาการ	การรักษา	จ่ายยา	หมายเหตุ
		ชื่อ : สกุล : รหัส :						นอนห้องพยาบาล : ☐ เบอร์ติดต่อผู้ปกครอง : ☐
		ชื่อ : สกุล : รหัส :			แพ้ยา :			
		ชื่อ : สกุล : รหัส :						นอนห้องพยาบาล : ☐ เบอร์ติดต่อผู้ปกครอง : ☐
		ชื่อ : สกุล : รหัส :			แพ้ยา :			
		ชื่อ : สกุล : รหัส :						นอนห้องพยาบาล : ☐ เบอร์ติดต่อผู้ปกครอง : ☐
		ชื่อ : สกุล : รหัส :			แพ้ยา :			
		ชื่อ : สกุล : รหัส :						นอนห้องพยาบาล : ☐ เบอร์ติดต่อผู้ปกครอง : ☐
		ชื่อ : สกุล : รหัส :			แพ้ยา :			
		ชื่อ : สกุล : รหัส :						นอนห้องพยาบาล : ☐ เบอร์ติดต่อผู้ปกครอง : ☐
		ชื่อ : สกุล : รหัส :			แพ้ยา :			
		ชื่อ : สกุล : รหัส :						นอนห้องพยาบาล : ☐ เบอร์ติดต่อผู้ปกครอง : ☐
		ชื่อ : สกุล : รหัส :			แพ้ยา :			
		ชื่อ : สกุล : รหัส :						นอนห้องพยาบาล : ☐ เบอร์ติดต่อผู้ปกครอง : ☐
		ชื่อ : สกุล : รหัส :			แพ้ยา :			
		ชื่อ : สกุล : รหัส :						นอนห้องพยาบาล : ☐ เบอร์ติดต่อผู้ปกครอง : ☐
		ชื่อ : สกุล : รหัส :			แพ้ยา :			

ภาคผนวก ข

แบบฟอร์มบันทึกการขออนุญาตห้องพักพยาบาลโรงเรียนพิบูลอุปถัมภ์

ใบบันทึกการนอนห้องพยาบาล (เวลารับ.....)
วัน ที่ เดือน ปี

ข้อมูลทั่วไป (Personal Information)

ชื่อ-สกุล (Name-Surname) อายุ (Age)ปี เลขประจำตัวนักเรียน (ID)
ชั้นเรียน (Class) ครูประจำชั้น (Class Teacher) โทรศัพท์ (Phone)
เบอร์ติดต่อผู้ปกครอง (Parent Number) ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ อื่น ๆ

ประวัติการเจ็บป่วย (Past History)

โรคประจำตัว (Underlying Disease)
ประวัติการแพ้ยา (Drug Allergy)

การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

สัญญาณชีพแรกรับ : อุณหภูมิ (Temp.)°C ชีพจร (Pulse)Bpm ออกซิเจนในร่างกาย (Sat O2)
ความดันโลหิต (Blood Pressure)/.....mmHg น้ำหนัก (Weight)กก. ส่วนสูง (Height)ซม.

อาการสำคัญ (Chief Complaint)

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

คำสั่งการรักษา (Order)

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

บันทึกการวัดสัญญาณชีพซ้ำ (Record Vital Sign)

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

- ☐ นอนพัก กลับไปเรียนเวลา.....
☐ กลับบ้าน เวลา.....
ลงชื่อผู้ปกครอง.....