



มาตรฐานการส่งออกข้อมูลตามเพิ่มมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๕

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

มาตรฐานการส่งออกข้อมูลตามแฟ้มมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๕๙

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นพ.พงศธร	พอกเพ็ญดี	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
พญ.มานิตา	พรรณวดี	นายแพทย์ชำนาญการ

บรรณาธิการ

รศ.ดร.นพ.วรรษา	เปาอินทร์	หัวหน้าหน่วยวิจัยเฉพาะทางรหัสมาตรฐานทางการแพทย์และสุขภาพระบบสาธารณสุขไทย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร.มะลิวัลย์	ยีนยงสุวรรณ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

จัดทำโดย

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ISBN : 978-616-11-2842-5

พิมพ์ครั้งที่ 1 : มีนาคม ๒๕๕๙

จำนวน : ๑,๐๐๐ เล่ม

พิมพ์ที่ : สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์

คำนำ

มาตรฐานการส่งออกข้อมูลตามแฟ้มมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559 ฉบับนี้ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้จัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรที่รับผิดชอบ/ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานข้อมูลและงานสารสนเทศสุขภาพตามโครงสร้างมาตรฐานแฟ้มข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเนื้อหารายละเอียดเกี่ยวกับหลักการส่งออกข้อมูลตามแฟ้มมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (43 แฟ้ม) ซึ่งสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง มีหน้าที่ต้องส่งรายงานข้อมูลบริการและกิจกรรมที่สำคัญให้กับกระทรวงสาธารณสุข โดยส่งผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละแห่งทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละแห่งมีข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ทำให้ทราบสถานะสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ เช่นเดียวกับกระทรวงสาธารณสุข ก็จะมีข้อมูลสถานะสุขภาพดังกล่าวเช่นกัน เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผน การบริหารจัดการด้านสุขภาพ และจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือมาตรฐานการส่งออกข้อมูลตามแฟ้มมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559 ฉบับนี้ จะเป็นมีประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและช่วยให้การจัดเก็บข้อมูลและจัดส่งข้อมูลที่ครบถ้วน มีคุณภาพ สามารถนำข้อมูลมาใช้อ้างอิงได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
มีนาคม 2559

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
1. หลักการส่งออกข้อมูลตามแฟ้มมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข	1
1.1 แฟ้มมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559	1
1.2 แนวทางปฏิบัติในการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้มต่างๆ	3
2. การส่งออกข้อมูลตามแฟ้มมาตรฐาน 43 แฟ้ม	5
2.1 การส่งออกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและประชาชนในเขตรับผิดชอบ	5
2.2 การส่งออกข้อมูลที่อยู่จริงของผู้ป่วยและประชาชนในเขตรับผิดชอบ	9
2.3 การส่งออกข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยและประชาชนในเขตรับผิดชอบ	11
2.4 การส่งออกทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	14
2.5 การส่งออกประวัติสิทธิการรักษาของผู้ป่วยและประชาชนในเขตรับผิดชอบ	16
2.6 การส่งออกข้อมูลบ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ	18
2.7 การส่งออกข้อมูลหมู่บ้านและชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ	22
2.8 การส่งออกข้อมูลผู้พิการที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ	25
2.9. การส่งออกข้อมูลเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเฉพาะผู้ให้บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	27
2.10 การส่งออกข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อาศัยอยู่กับสามีในเขตรับผิดชอบ	29
2.11. การส่งออกข้อมูลการแพทย์ของผู้ป่วย	30
2.12. การส่งออกข้อมูลการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ	33

สารบัญ (ต่อ)

เนื้อหา	หน้า
2.13 การส่งออกข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพ	34
2.14 การส่งออกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลทั้งในและนอกสถานพยาบาล	36
2.15 การส่งออกข้อมูลรหัสกลุ่มโรคของผู้ป่วยนอก	39
2.16 การส่งออกข้อมูลการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยและผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก	41
2.17 การส่งออกข้อมูลรหัสเหตุการณ์และการผ่าตัดของผู้ป่วยนอก	43
2.18 การส่งออกข้อมูลค่าใช้จ่ายแต่ละรายการของผู้ป่วยนอกและผู้รับบริการ	45
2.19 การส่งออกข้อมูลผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง	47
2.20 การส่งออกข้อมูลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	50
2.21 การส่งออกข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	54
2.22 การส่งออกข้อมูลการตรวจติดตามโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	56
2.23 การส่งออกทะเบียนผู้ป่วยใน	58
2.24 การส่งออกข้อมูลรหัสกลุ่มโรคของผู้ป่วยใน	61
2.25 การส่งออกข้อมูลการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยใน	62
2.26 การส่งออกข้อมูลรหัสเหตุการณ์และการผ่าตัดของผู้ป่วยใน	64
2.27 การส่งออกข้อมูลค่าใช้จ่ายแต่ละรายการของผู้ป่วยใน	66
2.28 การส่งออกข้อมูลการนัดมารับบริการครั้งต่อไป	67
2.29 การส่งออกข้อมูลการตรวจสุขภาพพิเศษเฉพาะการตรวจสุขภาพฟันทุกซี่ทั้งช่องปาก	69

สารบัญ (ต่อ)

เนื้อหา	หน้า
2.30 การส่งออกข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	73
2.31 การส่งออกข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	75
2.32 การส่งออกข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัว	78
2.33 การส่งออกข้อมูลการตั้งครรภ์	79
2.34 การส่งออกข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์	81
2.35 การส่งออกข้อมูลการคลอด	83
2.36 การส่งออกข้อมูลการดูแลหลังคลอด	85
2.37 การส่งออกข้อมูลทารกแรกเกิด	86
2.38 การส่งออกข้อมูลการดูแลทารกแรกเกิด	89
2.39 การส่งออกข้อมูลการให้วัคซีนของผู้รับบริการและประชาชนในเขตรับผิดชอบ	90
2.40 การส่งออกข้อมูลการตรวจวัดระดับโภชนาการของประชาชนในเขตรับผิดชอบ	92
2.41 การส่งออกข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันเฉพาะบางโรค	94
2.42 การส่งออกข้อมูลกิจกรรมการให้บริการในชุมชนทั้งชุมชน	95
2.43 การส่งออกข้อมูลกิจกรรมการให้บริการรายบุคคลนอกสถานพยาบาล	97
REFERENCE	99

1. หลักการส่งออกข้อมูลตามเพิ่มมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง มีหน้าที่ต้องส่งข้อมูลรายงานกิจกรรมที่สำคัญให้กับกระทรวงสาธารณสุข โดยส่งผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละแห่งทุกๆเดือน เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละแห่งมีข้อมูลเพื่อใช้วิเคราะห์ให้ทราบสถานะสุขภาพของประชาชนในแต่ละตำบล อำเภอ จังหวัด เช่นเดียวกับ กระทรวงสาธารณสุขก็จะได้ข้อมูลสถานะสุขภาพดังกล่าวเช่นกัน เพื่อใช้ข้อมูลดังกล่าวในการติดตามผลการดำเนินการรักษาโรคและส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรต่างๆให้กับสถานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถานพยาบาลแต่ละแห่งมีภารกิจหลักคือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และรักษาโรคให้กับประชาชน ในการดำเนินการกิจนี้จะเกิดข้อมูลมากมายมหาศาล อย่างไรก็ตาม การส่งออกข้อมูลให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น กำหนดให้ส่งข้อมูลส่วนน้อยเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น มิได้กำหนดให้ส่งข้อมูลทั้งหมดของสถานพยาบาลออกมาให้ จึงต้องมีการกำหนดเพิ่มมาตรฐาน เพื่อระบุรายละเอียดข้อมูลส่วนน้อยเฉพาะที่จำเป็นที่สถานพยาบาลจะต้องส่งออกมา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นชุดเพิ่มมาตรฐาน เรียกว่า ชุดข้อมูลเพิ่มมาตรฐาน 12 แฟ้ม มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2543 ต่อมามีการปรับปรุงชุดเพิ่มมาตรฐานหลายครั้ง เช่น เปลี่ยนเป็น 18 แฟ้ม 21 แฟ้ม จนในปัจจุบัน กำหนดเป็นชุดเพิ่มมาตรฐาน 43 แฟ้ม ด้านการแพทย์และสุขภาพ รุ่น 2.1 เริ่มใช้ในปี 2559

1.1 เพิ่มมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559

ชุดเพิ่มมาตรฐาน 43 แฟ้ม ด้านการแพทย์และสุขภาพ รุ่น 2.1 ปี 2559 ประกอบไปด้วยแฟ้มข้อมูลจำนวน 43 แฟ้ม ดังมีรายนามดังต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม
1	PERSON
2	ADDRESS
3	DEATH
4	CHRONIC
5	CARD
6	HOME
7	VILLAGE

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม
8	DISABILITY
9	PROVIDER
10	WOMEN
11	DRUGALLERGY
12	FUNCTIONAL
13	ICF
14	SERVICE
15	DIAGNOSIS_OPD
16	DRUG_OPD
17	PROCEDURE_OPD
18	CHARGE_OPD
19	SURVEILLANCE
20	ACCIDENT
21	LABFU
22	CHRONICFU
23	ADMISSION
24	DIAGNOSIS_IPD
25	DRUG_IPD
26	PROCEDURE_IPD
27	CHARGE_IPD
28	APPOINTMENT
29	DENTAL
30	REHABILITATION
31	NCDSCREEN
32	FP
33	PRENATAL
34	ANC

ลำดับ	ชื่อแฟ้ม
35	LABOR
36	POSTNATAL
37	NEWBORN
38	NEWBORNCARE
39	EPI
40	NUTRITION
41	SPECIALPP
42	COMMUNITY_ACTIVITY
43	COMMUNITY_SERVICE

รายละเอียด 43 แฟ้ม โปรดดูในหนังสือ มาตรฐาน 43 แฟ้ม ประจำปี พ.ศ. 2559 โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข หรือดูภาพรวมแต่ละแฟ้มในบทที่ 2

1.2 แนวทางปฏิบัติในการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้มต่างๆ

ดังที่กล่าวแล้วว่า การส่งออกข้อมูลตามรูปแบบแฟ้มมาตรฐาน 43 แฟ้มนั้น กำหนดให้ส่งข้อมูลส่วนน้อยเฉพาะที่จำเป็นออกมาเท่านั้น มิได้กำหนดให้ส่งข้อมูลทั้งหมดของสถานพยาบาลออกมา สถานพยาบาลจึงต้องมีกระบวนการดำเนินงานเพื่อดึงข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยหรือฐานข้อมูลของโรงพยาบาลออกมาให้ตรงกับรายการที่กำหนดไว้ในแฟ้มมาตรฐานทั้ง 43 แฟ้ม ทั้งนี้ สถานพยาบาลไม่จำเป็นต้องมีข้อมูลครบทั้งหมดที่กำหนดไว้ใน 43 แฟ้ม เพราะสถานพยาบาลบางแห่งอาจไม่ได้เปิดให้บริการบางด้าน ก็จะไม่มีความจำเป็นในฐานนั้น เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ได้รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ก็จะไม่มีความจำเป็นที่จะส่งออกเป็นแฟ้ม **ADMISSION**, **DIAGNOSIS_IPD**, **PROCEDURE_IPD**, **CHARGE_IPD** เป็นต้น

แนวทางปฏิบัติมาตรฐานในการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้มต่างๆ ประกอบด้วยขั้นตอนทั่วไปดังนี้

1. ดึงข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยหรือฐานข้อมูลที่ตรงกับรายการที่กำหนดไว้ในแฟ้มมาตรฐาน
2. ตรวจสอบว่ามีข้อมูลใดที่จำเป็นต่อรายงานแต่ยังไม่มีข้อมูลนั้นในระบบข้อมูล หากมีต้องดำเนินการบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมเข้าไปให้ครบตามข้อกำหนด

3. ตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดว่าอยู่ในรูปแบบที่กำหนดหรือไม่ ถ้ามีรายการใดที่ไม่ตรงตามรูปแบบที่กำหนด เช่น ไม่ตรงตามรหัสมาตรฐาน หรือ ข้อมูลสลับตำแหน่ง ฯลฯ ก็ต้องแก้ไขให้รูปแบบถูกต้องตามที่กำหนด
4. บันทึกข้อมูลลงในแฟ้มมาตรฐาน ตั้งชื่อแฟ้มโดยระบุปีและเดือนที่ส่งข้อมูล
5. ส่งแฟ้มข้อมูลทั้งหมดให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามวันเวลาที่กำหนด
6. การส่งแฟ้มข้อมูลเพื่อแก้ไขหรือเพิ่มเติมนอกเหนือจากวันเวลาที่กำหนด สามารถทำได้ตามระเบียบปฏิบัติการส่งข้อมูลในระบบแฟ้มมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

โดยทั่วไป ขั้นตอนมาตรฐานการดำเนินการดังกล่าว ควรทำโดยระบบคอมพิวเตอร์ แต่การตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลตามขั้นตอนข้อที่ 2-3 นั้น ควรมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคุณภาพข้อมูลของสถานพยาบาลดำเนินการเพื่อตรวจสอบและแก้ไขให้ได้คุณภาพครบถ้วน ถูกต้อง ตรงตามมาตรฐานที่กำหนด

2. การส่งออกข้อมูลตามแฟ้มมาตรฐาน 43 แฟ้ม

2.1 การส่งออกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและประชาชนในเขตรับผิดชอบ

การส่งออกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและประชาชนในเขตรับผิดชอบ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม PERSON โดย แฟ้ม PERSON ใช้เพื่อขึ้นทะเบียนผู้ที่มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนด เป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก	CID
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	PID
4	รหัสบ้าน	รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม HOME และรหัสนี้จะซ้ำกันได้หากบุคคลอาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน อ้างอิงเพื่อค้นหาบ้านในแฟ้ม HOME (หลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบ) กรณีที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ หมายเหตุ : กรณีไม่เป็นค่าว่างอ้างอิงตาม HID ในแฟ้ม HOME	HID
5	คำนำหน้า	คำนำหน้าชื่อ อ้างอิงมาตรฐานตามกรมการปกครอง	PRENAME
6	ชื่อ	ชื่อ	NAME
7	นามสกุล	นามสกุล	LNAME
8	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่มีเลขทะเบียนที่ต่างไปจาก PID	HN
9	เพศ	1 = ชาย , 2 = หญิง	SEX
10	วันเกิด	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวัน เดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ. นั้นๆ)	BIRTH
11	สถานะสมรส	1 = โสด, 2 = คู่, 3 = ม่าย, 4 = หย่า, 5 = แยก, 6 = สมณะ, 9=ไม่ทราบ	MSTATUS

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
13	อาชีพ(รหัสใหม่)	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	OCCUPATION_N EW
14	เชื้อชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง	RACE
15	สัญชาติ	รหัสมาตรฐานตามกรมการปกครอง ถ้าไม่ทราบให้ระบุ 999 ตามรหัสมาตรฐาน	NATION
16	ศาสนา	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	RELIGION
17	ระดับการศึกษา	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	EDUCATION
18	สถานะในครอบครัว	1 = เจ้าบ้าน , 2 = ผู้อาศัย	FSTATUS
19	รหัส CID บิดา	รหัสบัตรประชาชนของบิดา หมายเหตุ : กรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	FATHER
20	รหัส CID มารดา	รหัสบัตรประชาชนของมารดา หมายเหตุ : กรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	MOTHER
21	รหัส CID คู่สมรส	รหัสบัตรประชาชนของคู่สมรส	COUPLE
22	สถานะในชุมชน	1 = กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, 2 = อสม., 3 = แพทย์ประจำ ตำบล, 4 = สมาชิกอบต., 5 = อื่นๆ	VSTATUS
23	วันที่ย้ายเข้ามาเขตพื้นที่ รับผิดชอบ	วันเดือนปีที่ย้ายเข้า ในเขตรับผิดชอบ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	MOVEIN
24	สถานะ/สาเหตุการ จำหน่าย	1 = ตาย , 2 = ย้าย , 3 = สิ้นสุดอายุ , 9 = ไม่จำหน่าย	DISCHARGE
25	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีสถานะ/สาเหตุการ จำหน่าย (No.24) เป็น 1 = ตาย , 2 = ย้าย , 3 = สิ้นสุดอายุ	DDISCHARGE
26	หมู่เลือด	1 = A , 2 = B , 3 = AB , 4 = O	ABOGROUP
27	หมู่เลือด RH	1 = positive , 2 = negative	RHGROUP
28	รหัสความเป็นคนต่าง ด้าว	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : เฉพาะกรณีที่เป็นประชากรต่างด้าว	LABOR
29	เลขที่ passport	เลขที่ passport หมายเหตุ : กรณีที่เป็นประชากรต่างด้าวที่มีเลขที่ passport	PASSPORT

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
30	สถานะบุคคล	<p>1=มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง</p> <p>2= มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง</p> <p>3= มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ(ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ)แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ</p> <p>4= ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามารับบริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>5=มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่ได้ชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ เช่น คนเร่ร่อน ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น</p>	TYPEAREA
31	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม PERSON มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนผู้ป่วยที่เคยมารับบริการในสถานพยาบาล 2. ทะเบียนประชาชนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านภายในเขตรับผิดชอบ
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	รหัสด้าน (ต้องลงทะเบียนบ้านในแฟ้ม HOME เพื่อให้ได้รหัสด้านก่อน) รหัสด้านที่อยู่ในแฟ้ม PERSON นี้ ต้องมีปรากฏอยู่ในแฟ้ม HOME เสมอ
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสเพศ 2. รหัสสถานภาพสมรส 3. รหัสอาชีพ 4. รหัสเชื้อชาติ 5. รหัสสัญชาติ 6. รหัสศาสนา 7. รหัสระดับการศึกษา 8. รหัสสถานะในครอบครัว 9. รหัสสถานะในชุมชน 10. รหัสสถานะ สาเหตุการจำหน่าย 11. รหัสหมู่เลือด 12. รหัสหมู่เลือด Rh 13. รหัสความเป็นคนต่างด้าว 14. รหัสสถานะบุคคล
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	1. ตรวจสอบข้อมูลประชาชนที่มีอายุเกิน 100 ปี แต่ยังไม่เสียชีวิต 2. ตรวจสอบวันเดือนปีเกิดผู้ที่เกิดหลังวันเดือนปีที่ส่งข้อมูล 3. ตรวจสอบเพศ โดยเทียบกับแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD ว่าเป็นเพศที่ไม่สอดคล้องกับโรคที่เป็นหรือไม่ 4. ตรวจสอบจำนวน Records ทั้งหมดต้องไม่น้อยกว่าจำนวนประชาชน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

2.2 การส่งออกข้อมูลที่อยู่จริงของผู้ป่วยและประชาชนในเขตรับผิดชอบ

การส่งออกข้อมูลที่อยู่จริงของผู้ป่วยและประชาชนในเขตรับผิดชอบ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม ADDRESS โดย แฟ้ม ADDRESS ใช้บันทึกที่อยู่จริงของผู้ที่มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	PID
3	ประเภทของที่อยู่	1= ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน, 2= ที่อยู่ติดต่อได้	ADDRESSTYPE
4	รหัสบ้านตามกรมการปกครอง	เลขประจำบ้าน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำบ้าน	HOUSE_ID
5	ลักษณะของที่อยู่	1 = บ้านเดี่ยว บ้านแฝด, 2 = ทาวน์เฮาส์ ทาวน์โฮม, 3 = คอนโดมิเนียม, 4 = อพาร์ทเมนต์ หอพัก, 5 = บ้านพักคนงาน, 8 = อื่นๆ, 9 = ไม่ทราบ	HOUSETYPE
6	เลขห้อง	หมายเลขห้อง กรณีอาคารชุด หรืออพาร์ทเมนต์ หรือหอพัก	ROOMNO
7	ชื่ออาคารชุด	ชื่ออาคารชุด หรืออพาร์ทเมนต์ หรือหอพัก	CONDO
8	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่	HOUSENO
9	ซอยแยก	ชื่อซอยแยก	SOISUB
10	ซอยหลัก	ชื่อซอยหลัก	SOIMAIN
11	ถนน	ชื่อถนน	ROAD
12	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	VILLANAME
13	หมู่ที่	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	VILLAGE
14	ตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	TAMBON
15	อำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	AMPUR

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
16	จังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ทราบ)	CHANGWAT
17	เบอร์โทรศัพท์	เบอร์โทรศัพท์	TELEPHONE
18	เบอร์โทรศัพท์มือถือ	เบอร์โทรศัพท์มือถือ	MOBILE
19	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม ADDRESS มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนผู้ป่วยที่เคยมารับบริการในสถานพยาบาล 2. ทะเบียนบ้านภายในเขตรับผิดชอบ
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	ที่อยู่ในแฟ้มนี้คือที่อยู่ของผู้ป่วยอยู่จริง อาจไม่ตรงกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ป่วยที่บันทึกไว้ในแฟ้ม HOME
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสตำบล 2. รหัสอำเภอ 3. รหัสจังหวัด
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	1. ตรวจสอบจำนวน Records ทั้งหมดต้องไม่น้อยกว่าจำนวนบ้านอยู่ในเขตรับผิดชอบ

2.3 การส่งออกข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยและประชาชนในเขตรับผิดชอบ

การส่งออกข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยและประชาชนในเขตรับผิดชอบเป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DEATH โดย แฟ้ม DEATH ใช้บันทึกข้อมูลผู้เสียชีวิตและสาเหตุการตาย กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	PID
3	สถานบริการที่เสียชีวิต	รหัสสถานพยาบาล ที่เป็นสถานที่เสียชีวิต กรณีเสียชีวิตในสถานพยาบาล กรณีไม่ทราบว่าตายในสถานพยาบาลใดให้บันทึก "00000"	HOSPDEATH
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน กรณีที่ผู้เสียชีวิต เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล	AN
5	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) โดยเป็นครั้งที่เสียชีวิต	SEQ
6	วันที่ตาย	วันเดือนปีที่ตาย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	DDEATH
7	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_a	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	CDEATH_A
8	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_b	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	CDEATH_B
9	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_c	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	CDEATH_C
10	รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการตาย_d	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	CDEATH_D
11	รหัสโรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุฆาต	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด)	ODISEASE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
12	สาเหตุการตาย	ตามหนังสือรับรองการตาย รหัส ICD - 10 - TM 6 หลัก(ไม่รวมจุด) หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงตามรหัส ICD10TM ยกเว้นรหัส S,T,Z เนื่องจากรหัส S,T เป็นการให้รหัสการบาดเจ็บและการเป็นพิษ ส่วนรหัส Z เป็นรหัสการให้บริการด้านสุขภาพ	CDEATH
13	การตั้งครรภ์และการคลอด	1 = เสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์, 2= เสียชีวิตระหว่างคลอดหรือหลังคลอดภายใน 42 วัน, 3 = ไม่ตั้งครรภ์, 4 = ผู้ชาย ,9 = ไม่ทราบ (ตัด 3 4 9 ออก) หมายเหตุ : เฉพาะหญิงตั้งครรภ์	PREGDEATH
14	สถานที่ตาย	1=ในสถานพยาบาล, 2=นอกสถานพยาบาล	PDEATH
15	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DEATH มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสถานพยาบาล 2. ผลการสำรวจประชาชนในเขตรับผิดชอบที่เสียชีวิตแล้ว
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	เชื่อมโยงเลขที่ผู้ให้บริการกับแฟ้ม PROVIDER
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัส ICD ของโรคที่เป็นสาเหตุการตาย 2. รหัสสถานที่ตาย 3. รหัสการตั้งครุฑและการคลอด
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	1. ตรวจสอบรหัส ICD ของสาเหตุการตายต้องไม่เป็นรหัส S,T และ Z 2. ตรวจสอบผู้เสียชีวิตที่ไม่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้ม PERSON

2.4 การส่งออกทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การส่งออกทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม CHRONIC โดย แฟ้ม CHRONIC ใช้
 ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการ นั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)(program generate)	PID
3	วันที่ตรวจพบครั้งแรก	วันเดือนปีที่ตรวจพบครั้งแรก หมายเหตุ : วันเดือนปีที่ได้รับการวินิจฉัย/ตรวจพบครั้ง แรก	DATE_DIAG
4	รหัสวินิจฉัยโรคเรื้อรัง	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคเรื้อรัง)	CHRONIC
5	สถานพยาบาลที่ วินิจฉัยครั้งแรก	รหัสสถานพยาบาลที่วินิจฉัยครั้งแรก	HOSP_DX
6	สถานพยาบาลที่รับ บริการประจำ	รหัสสถานพยาบาลที่ไปรับบริการประจำ	HOSP_RX
7	วันที่จำหน่าย	วันเดือนปีที่จำหน่าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : บันทึกกรณีที่สามารถระบุประเภทการ จำหน่าย หรือ สถานะของผู้ป่วยที่ทราบผลหลังสุด (No. 8) ยกเว้น 03 = ยังรักษาอยู่, 05 = รอจำหน่าย/ เฝ้าระวัง	DATE_DISCH
8	ประเภทการจำหน่าย หรือสถานะของผู้ป่วยที่ ทราบผลหลังสุด	01 = หาย , 02 = ตาย , 03 = ยังรักษาอยู่ , 04 = ไม่ ทราบ(ไม่มีข้อมูล) , 05 = รอจำหน่าย/เฝ้าระวัง, 06 = ขาดการรักษาไม่มา ติดต่ออีก (ทราบว่าขาดการรักษา), 07 = ครบการรักษา, 08 = โรคอยู่ในภาวะสงบ (inactive) ไม่มีความจำเป็นต้องรักษา, 09 = ปฏิเสธ การรักษา, 10 = ออกจากพื้นที่	TYPEDISCH

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม CHRONIC มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาในสถานพยาบาล 2. ผลการสำรวจประชาชนในเขตรับผิดชอบที่เป็นโรคเรื้อรัง
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสสถานพยาบาล 2. รหัสประเภท การจำหน่าย
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	1. ตรวจสอบรหัส ICD-ของโรคเรื้อรังต้องไม่เป็นรหัส S,T,V,W,X,Y และ Z

2.5 การส่งออกประวัติสิทธิการรักษาของผู้ป่วยและประชาชนในเขตรับผิดชอบ

การส่งออกประวัติสิทธิการรักษาของผู้ป่วยและประชาชนในเขตรับผิดชอบ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม CARD โดยแฟ้ม CARD ใช้บันทึกสิทธิการรักษาของผู้มารับบริการแต่ละราย กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ประเภทสิทธิการรักษา (รหัสเดิม)	รหัสสิทธิมาตรฐาน เดิม	INSTYPE_OLD
4	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐานที่กำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	INSTYPE_NEW
5	เลขที่บัตรสิทธิ	หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา	INSID
6	วันที่ออกบัตร	วันเดือนปีที่ออกบัตร กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	STARTDATE
7	วันที่หมดอายุ	วันเดือนปีที่บัตรหมดอายุ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	EXPIREDATE
8	สถานบริการหลัก	รหัสสถานพยาบาลหลักคู่สัญญา กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคม ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : บันทึกกรณีประเภทสิทธิการรักษา เป็นสิทธิ UC	MAIN
9	สถานบริการรอง	รหัสสถานพยาบาลปฐมภูมิ กรณี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสถานพยาบาลในเครือข่าย 1 แห่ง (ถ้ามี) สำหรับประกันสังคม ตามมาตรฐานจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : บันทึกกรณีประเภทสิทธิการรักษา เป็นสิทธิ UC	SUB
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ	D_UPDATE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
		YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม CARD มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนผู้ป่วยที่เคยมารับบริการในสถานพยาบาล 2. ทะเบียนสิทธิการรักษาของประชาชนในเขตรับผิดชอบ
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสสถานพยาบาล 2. รหัสสิทธิการรักษา
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	1. ตรวจสอบผู้ป่วยที่อยู่ในแฟ้ม PERSON แต่ไม่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้ม CARD

2.6 การส่งออกข้อมูลบ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

การส่งออกข้อมูลบ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม HOME โดย แฟ้ม HOME ใช้ขึ้นทะเบียนบ้านทุกหลังคาเรือนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	รหัสบ้าน	รหัสบ้านที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน	HID
3	รหัสบ้านตามกรมการปกครอง	เลขประจำบ้าน ตามกรมการปกครองกำหนดเป็นรหัสประจำบ้าน	HOUSE_ID
4	ประเภทที่อยู่	1 = บ้านเดี่ยว บ้านแฝด, 2 = ทาวน์เฮาส์ ทาวน์โฮม, 3 = คอนโดมิเนียม, 4 = อพาร์ทเมนท์ หอพัก, 5 = บ้านพักคนงาน, 8 = อื่นๆ, 9 = ไม่ทราบ	HOUSETYPE
5	เลขห้อง	หมายเลขห้อง กรณีอาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก	ROOMNO
6	ชื่ออาคารชุด	ชื่ออาคารชุด หรืออพาร์ทเมนท์ หรือหอพัก	CONDO
7	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่	HOUSE
8	ซอยแยก	ชื่อซอยแยก	SOISUB
9	ซอยหลัก	ชื่อซอยหลัก	SOIMAIN
10	ถนน	ชื่อถนน	ROAD
11	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	ชื่อหมู่บ้านจัดสรร	VILLANAME
12	หมู่ที่	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น	VILLAGE
13	ตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง	TAMBON
14	อำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง	AMPUR
15	จังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง	CHANGWAT
16	เบอร์โทรศัพท์	เบอร์โทรศัพท์ เสนอปรับความกว้างเป็น 21	TELEPHONE
17	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ละติจูด)	พิกัดละติจูดของครัวเรือน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	LATITUDE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
18	พิกัดที่ตั้งของครัวเรือน (ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของครัวเรือน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	LONGITUDE
19	จำนวนครอบครัว	เป็นตัวเลข เช่น 1,2,3 เป็นต้น หากไม่มีใส่ 0	NFAMILY
20	ที่ตั้ง	1 = ในเขตเทศบาล , 2 = นอกเขตเทศบาล	LOCATYPE
21	รหัส อสม.	มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON	VHVID
22	รหัส เจ้าบ้าน	มาจากทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON	HEADID
23	การมีส้วมและประเภทของส้วม	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
24	น้ำดื่มพอเพียงตลอดปี	0 = ไม่เพียงพอ , 1 = เพียงพอ , 9 = ไม่ทราบ	DRINKINGWATER
25	ประเภทแหล่งน้ำดื่มที่บริโภคเป็นประจำ	1 = น้ำฝน, 2 = น้ำประปา, 3 = น้ำบาดาล, 4 = บ่อน้ำตื้น, 5= สระน้ำ แม่น้ำ, 6 = น้ำบรรจุเสร็จ , 7 = น้ำตู้หยอดเหรียญ , 9 = ไม่ทราบ	WATERTYPE
26	วิธีการกำจัดมูลฝอยทั่วไป	1=กำจัดเองโดยการฝัง, 2=กำจัดเองโดยการเผา, 3=กำจัดเองโดยการหมักทำปุ๋ย, 4=กองทิ้ง, 5=ท้องถิ่นให้บริการ, 9=ไม่ทราบ	GARBAGE
27	การจัดบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อยและถูกสุขลักษณะ	0 = ไม่ถูก, 1 = ถูก , 9 = ไม่ทราบ	HOUSING
28	ความคงทนถาวร	0 = ไม่คงทน , 1 = คงทน 1-4 ปี, 2 = คงทน 5 ปี ขึ้นไป , 9 = ไม่ทราบ	DURABILITY
29	ความสะอาด	0 = ไม่สะอาด, 1 = สะอาด ,9 = ไม่ทราบ	CLEANLINESS
30	การระบายอากาศ	0 = ไม่ระบาย, 1 = ระบาย , 9 = ไม่ทราบ	VENTILATION
31	แสงสว่าง	0 = ไม่เพียงพอ, 1 = เพียงพอ ,9 = ไม่ทราบ	LIGHT

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
32	การบำบัด/กำจัดน้ำเสีย	0 = ไม่บำบัด/กำจัด , 1 = ลงบ่อซึม , 2 = ลงบ่อเกรอะ , 3 = ลงระบบบำบัดน้ำเสียรวม , 9 = ไม่ทราบ	WATERTM
33	สารปรุงแต่งในครัว	0 = ไม่ใช้, 1 = ใช้ , 9 = ไม่ทราบ หมายเหตุ : ไม่เป็น ค่าว่างและอ้างอิงรหัสมาตรฐาน สनย.	MFOOD
34	การควบคุมแมลงนำ โรค	0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม , 9 = ไม่ทราบ	BCONTROL
35	การควบคุมสัตว์นำโรค	0 = ไม่ควบคุม, 1 = ควบคุม , 9 = ไม่ทราบ	ACONTROL
36	การจับเก็บสารเคมี อันตรายในบ้าน	0 = ไม่มีการจับเก็บ, 1 = เก็บในตู้มิดชิด, 2 = เก็บใส่ ในภาชนะอื่นๆ , 9 = ไม่ทราบ	CHEMICAL
37	วันที่แยกไปอยู่นอกเขต รับผิดชอบ	วันที่หลังคาเรือนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณี แบ่งพื้นที่ใหม่ กรณีไม่เป็นค่าว่างมีรูปแบบคือ YYYYMMDDHHMMSS โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	OUTDATE
38	วันเดือนปีที่ปรับปรุง ข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม HOME มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ผลการสำรวจบ้านในเขตรับผิดชอบ
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสตำบล 2. รหัสอำเภอ 3. รหัสจังหวัด 4. รหัสประเภทที่อยู่ 5. รหัสที่ตั้ง 6. รหัสส้วม 7. รหัสน้ำดื่ม 8. รหัสประเภทแหล่งน้ำดื่ม 9. รหัสวิธีกำจัดขยะ 10. รหัสการจัดบ้าน 11. รหัสความคงทนถาวร 12. รหัสความสะอาด 13. รหัสการระบายอากาศ 14. รหัสแสงสว่าง 15. รหัสการบำบัดหรือกำจัดน้ำเสีย 16. รหัสสารปรุงแต่งในครัว 17. รหัสการควบคุมแมลงนำโรค 18. รหัสการควบคุมสัตว์นำโรค 19. รหัสการจัดเก็บสารเคมีอันตราย
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	

2.7 การส่งออกข้อมูลหมู่บ้านและชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

การส่งออกข้อมูลหมู่บ้านและชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม VILLAGE โดยแฟ้ม VILLAGE ใช้บันทึกข้อมูลหมู่บ้านและชุมชน กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	รหัสชุมชนในเขตรับผิดชอบ	รหัสชุมชน ตามมหาดไทย เป็นจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน (CCAATTMM) หากจัดในระดับตำบล ในส่วนของหมู่บ้านให้ใส่ "00"	VID
3	จำนวนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก	จำนวนแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	NTRADITIONAL
4	จำนวนพระในชุมชน	จำนวนพระ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	NMONK
5	จำนวนผู้นำศาสนาในชุมชน	จำนวนผู้นำศาสนา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 4 หลัก	NRELIGIONLEADER
6	จำนวนหอกระจายข่าว	จำนวนหอกระจายข่าว ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	NBROADCAST
7	จำนวนสถานีวิทยุชุมชน	จำนวนสถานีวิทยุชุมชน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	NRADIO
8	จำนวนศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน	จำนวนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	NPCHC
9	จำนวนคลินิก	จำนวนคลินิก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NCLINIC
10	จำนวนร้านขายยา	จำนวนร้านขายยา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NDRUGSTORE
11	จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NCHILDCENTER
12	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	NPSCHOOL
13	จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา	จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	NSSCHOOL

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
14	จำนวนวัด	จำนวนวัด ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	NTEMPLE
15	จำนวนศาสนสถานอื่นๆ	จำนวนศาสนสถาน เช่น โบสถ์ มัสยิด สถานปฏิบัติธรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	NRELIGIOUSPLACE
16	จำนวนตลาดประเภทที่ 1	จำนวนตลาดประเภทที่ 1 (ตลาดสด) ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก	NMARKET
17	จำนวนร้านขายของชำ	จำนวนร้านขายของชำ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NSHOP
18	จำนวนร้านอาหาร	จำนวนร้านอาหาร ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NFOODSHOP
19	จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหาร	จำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหารในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NSTALL
20	จำนวนถังเก็บน้ำฝน	จำนวนถังเก็บน้ำฝน ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NRAINTANK
21	จำนวนฟาร์มสัตว์ปีก	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสัตว์ปีก ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NCHICKENFARM
22	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสัตว์ (สุกร, โค, กระบือ, ม้า, ฯลฯ)	จำนวนฟาร์มเลี้ยงสัตว์ (สุกร, โค, กระบือ, ม้า, ฯลฯ) ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NPIGFARM
23	ระบบกำจัดน้ำเสียในชุมชน	0 = ไม่มี 1 = มี, 9 = ไม่ทราบ	WASTEWATER
24	สถานที่จัดการมูลฝอยในชุมชน	0 = ไม่ทราบ, 1 = ไม่มี, 2 = มีสถานที่ฝังกลบ, 3 = มีสถานที่เผา, 4 = มีสถานที่รวบรวม คัดแยก และนำมูลฝอยไปใช้ประโยชน์, 5 = มีสถานที่รวบรวมมูลฝอยเพื่อนำไปกำจัดที่อื่น, 6 = มีสถานที่หมักทำปุ๋ย, 9 = กำจัดขยะด้วยวิธีอื่น	GARBAGE
25	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม	จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NFACTORY
26	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ละติจูด)	พิกัดละติจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	LATITUDE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
27	พิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของหมู่บ้าน (ใจกลางหมู่บ้าน) ระบุเป็น ตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก และทศนิยม 6 ตำแหน่ง เช่น 13.847719 เป็นต้น	LONGITUDE
28	วันที่แยกชุมชนออก นอกเขต	วันที่ชุมชนนี้ แยกไปอยู่นอกเขตรับผิดชอบ กรณีแบ่ง พื้นที่ใหม่ หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและมีรูปแบบคือ YYYYMMDD โดยบันทึกเป็น ค.ศ.	OUTDATE
29	จำนวนแหล่งอบายมุข	บ่อนการพนัน สถานบริการทางเพศ คาราโอเกะ ผับ บาร์ รวมทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก หมายเหตุ : ไม่เป็นค่าว่างและเป็นตัวเลขมีค่ามากกว่า หรือเท่ากับศูนย์	NUMACTUALLY
30	ประเภทของความเสี่ยง ต่อภัยพิบัติ	ลักษณะความเสี่ยงต่อภัยพิบัติทางธรรมชาติ	RISKTYPE
31	จำนวนชุมชนต่างดาว	จำนวนชุมชนต่างดาวในหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่ เกิน 3 หลัก	NUMSTATELESS
32	จำนวนชมรมออกกำลังกาย	จำนวนชมรมออกกำลังกาย ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NEXERCISECLUB
33	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็น ตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NOLDERLYCLUB
34	จำนวนชมรมผู้พิการ	จำนวนชมรมผู้พิการ ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็น ตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NDISABLECLUB
35	จำนวนชมรม To Be Number 1	จำนวนชมรม To Be Number 1 ในชุมชนหรือหมู่บ้าน ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	NNUMBERONECLUB
36	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม VILLAGE มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนหมู่บ้านและชุมชนในเขตรับผิดชอบ
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสสถานที่จัดการมูลฝอย 2. รหัสลักษณะความเสี่ยงต่อภัยพิบัติทางธรรมชาติ
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	

2.8 การส่งออกข้อมูลผู้พิการที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

การส่งออกข้อมูลผู้พิการที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DISABILITY โดยแฟ้ม DISABILITY ใช้ชั้นทะเบียนผู้ป่วยที่เป็นผู้พิการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพพลภาพ (ออกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)	DISABID
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
4	ประเภทความพิการ	รหัสประเภทความพิการ (7 ประเภท)	DISABTYPE
5	สาเหตุความพิการ	1 = ความพิการแต่กำเนิด, 2 = ความพิการจากการบาดเจ็บ, 3 = ความพิการจากโรค	DISABCAUSE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
6	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของความพิการ	รหัสโรคหรือการบาดเจ็บตาม ICD - 10 – TM ที่เป็นสาเหตุของความพิการ	DIAGCODE
7	วันที่ตรวจพบความพิการ	วันเดือนปีที่ตรวจพบความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_DETECT
8	วันที่เริ่มมีความพิการ	วันเดือนปีที่เริ่มมีความพิการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_DISAB
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DISABILITY มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	1. ทะเบียนผู้พิการในเขตรับผิดชอบ เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	เมื่อบันทึกข้อมูลในแฟ้มนี้แล้ว ต้องบันทึกข้อมูลในแฟ้ม ICF ด้วย 1. รหัสประเภทความพิการ 2. รหัสสาเหตุความพิการ
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	1. ตรวจสอบรหัส ICD-ของโรคที่เป็นสาเหตุความพิการต้องไม่เป็นรหัส S,T และ Z

2.9 การส่งออกข้อมูลเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเฉพาะผู้ให้บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

การส่งออกข้อมูลเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเฉพาะผู้ให้บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม PROVIDER โดยแฟ้ม PROVIDER ใช้บันทึกข้อมูลเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเฉพาะผู้ให้บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค แต่ละราย กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
3	หมายเลขทะเบียนวิชาชีพ	หมายเลขทะเบียนที่ออกให้โดยสภาวิชาชีพ	REGISTERNO
4	รหัสสภาวิชาชีพ	รหัสสภาวิชาชีพผู้ออกหมายเลขทะเบียนวิชาชีพ	COUNCIL
5	เลขที่บัตรประชาชน	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนด เป็นรหัสประจำตัวบุคคล	CID
6	คำนำหน้า	คำนำหน้าชื่อ มาตรฐานตามกรมการปกครอง	PRENAME
7	ชื่อ	ชื่อ	NAME
8	นามสกุล	นามสกุล	LNAME
9	เพศ	1 = ชาย , 2 = หญิง	SEX
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
11	รหัสประเภทบุคลากร	รหัสประเภทบุคลากร	PROVIDERTYPE
12	วันที่เริ่มปฏิบัติงาน	วันที่เริ่มปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลนี้	STARTDATE
13	วันที่สิ้นสุดการปฏิบัติงาน	วันที่สิ้นสุดการปฏิบัติงานสถานพยาบาลนี้	OUTDATE
14	รหัสสถานพยาบาลที่	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายมา ตามมาตรฐานสำนัก	MOVEFROM

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
	ย้ายมา	นโยบายและยุทธศาสตร์	
15	รหัสสถานพยาบาลที่ ย้ายไป	รหัสสถานพยาบาลที่ย้ายไป ตามมาตรฐานสำนัก นโยบายและยุทธศาสตร์	MOVETO
16	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม PROVIDER มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนเจ้าหน้าที่ของสถาน พยาบาลเฉพาะผู้ให้บริการรักษา ส่งเสริม สุขภาพ และป้องกันโรค
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสคำนำหน้า 2. รหัสประเภท บุคลากร
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	

2.10 การส่งออกข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อาศัยอยู่กับสามีในเขตรับผิดชอบ

การส่งออกข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อาศัยอยู่กับสามีในเขตรับผิดชอบ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม WOMEN โดยแฟ้ม WOMEN ใช้ขึ้นทะเบียนผู้รับบริการที่เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึก ดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	รหัสวิธีการคุมกำเนิดปัจจุบัน	1 = ยาเม็ด, 2 = ยาฉีด, 3 = ห่วงอนามัย, 4 = ยาฝัง, 5 = ถุงยางอนามัย, 6= หมันชาย, 7= หมันหญิง, 8= นักระยะปลอดภ้ย, 9= ไม่คุมกำเนิด	FPTYPE
4	สาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด	1 = ต้องการบุตร , 2 = หมันธรรมชาติ ,3 = อื่นๆ	NOFPCAUSE
5	จำนวนบุตรทั้งหมดที่เคยมี	จำนวนบุตรที่คลอดมีชีวิตทั้งหมดที่เคยมี รวมทั้งเสียชีวิตแล้ว เป็นเลขจำนวนเต็ม หากไม่มีใส่ 0	TOTALSON
6	จำนวนบุตรที่มีชีวิต	จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ เป็นเลขจำนวนเต็ม หากไม่มีใส่ 0	NUMBERSON
7	จำนวนการแท้งบุตร	จำนวนการแท้งบุตร เป็นเลขจำนวนเต็ม หากไม่มีใส่ 0 บันทึกเฉพาะกรณีที่มีการแท้ง	ABORTION
8	จำนวนทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด	จำนวนทารกตายในครรภ์ หรือตายคลอด เป็นเลขจำนวนเต็ม หากไม่มีใส่ 0 บันทึกเฉพาะกรณีที่บุตรตายในครรภ์หรือตายคลอด	STILLBIRTH
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม WOMEN มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	1. ทะเบียนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กับสามีในเขตรับผิดชอบ เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้ เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสวิธีการคุมกำเนิดปัจจุบัน 2. รหัสสาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	1. ตรวจสอบข้อมูลผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 49 ปี

2.11 การส่งออกข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วย

การส่งออกข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วย เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DRUGALLERGY โดยแฟ้ม DRUG_ALLERGY ใช้ขึ้นทะเบียนการแพ้ยาของผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการ นั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	วันที่บันทึกประวัติการ แพ้ยา	วันที่บันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยา หมายเหตุ : วันที่ตรวจพบอาการแพ้ และ กรณีบันทึก ย้อนหลัง ให้บันทึกวันที่รับบริการจริง	DATERECORD
4	รหัสยาที่มีประวัติการ แพ้ยา	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยา ของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มีรหัสมาตรฐาน 24 หลัก หมายเหตุ : ไม่ต้องลงครบทั้ง 24 หลัก	DRUGALLERGY

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
5	ชื่อยา	ชื่อยา	DNAME
6	ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา	ประเภทการวินิจฉัยการแพ้ยา 5 ประเภท (1= certain, 2= probable, 3= possible, 4= unlikely, 5= unclassified)	TYPEDX
7	ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา	ระดับความรุนแรงของการแพ้ยา 8 ระดับ	ALEVEL
		1.ไม่ร้ายแรง (Non-serious)	
		2.ร้ายแรง - เสียชีวิต (Death)	
		3.ร้ายแรง - อาจถึงชีวิต (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 กรณีนี้รวมถึงผู้ป่วยซึ่งเกิดปัญหาการหายใจ ติดขัดอย่างรุนแรงและต้องรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยเกิดผู้ป่วยเกิดอาการชัก หมดสติ ระบบเลือดผิดปกติ เป็นต้น	
8	ลักษณะอาการของการแพ้ยาที่พบ	ลักษณะอาการของการแพ้ยา (20 ลักษณะ)	SYMPTOM
9	ผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	1= ผู้ป่วยให้ประวัติเอง, 2= ผู้ป่วยให้ประวัติจากการให้ข้อมูลของสถานพยาบาลอื่น, 3= สถานพยาบาลอื่นเป็นผู้ให้ข้อมูล, 4= สถานพยาบาลแห่งนี้เป็นผู้พบการแพ้ยาเอง	INFORMANT
10	รหัสสถานพยาบาลผู้ให้ประวัติการแพ้ยา	รหัสสถานพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลประวัติการแพ้ยา ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	INFORMHOSP

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DRUGALLERGY มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	1. ทะเบียนการแพทย์ของผู้มารับบริการ เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสยาที่แพ้ 2. รหัสประเภท การวินิจฉัยการแพทย์ 3. รหัสระดับความรุนแรงของการแพ้ยา 4. รหัสลักษณะการแพ้ยาที่พบ 5. รหัสผู้ให้ประวัติการแพ้ยา
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	

2.12 การส่งออกข้อมูลการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ

การส่งออกข้อมูลการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพเป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม FUNCTIONAL แฟ้ม FUNCTIONAL ใช้บันทึกการประเมินความบกพร่องทางสุขภาพของผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลขเดียวกัน	SEQ
4	วันที่ประเมินความบกพร่อง	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	วิธีประเมินความบกพร่อง	รหัสชนิดของเครื่องมือประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ	FUNCTIONAL_TEST
6	คะแนนความบกพร่อง	ผลการประเมินความบกพร่องทางสุขภาพ (ระดับคะแนน)	TESTRESULT
7	ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ	1= ไม่พึ่งพิง, 2= พึ่งพิงน้อย, 3= พึ่งพิงมาก	DEPENDENT
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม FUNCTIONAL มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ผลการตรวจประเมินความบกพร่องทางสุขภาพกลุ่มเป้าหมายในเขต รับผิดชอบ
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้ เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	ต้องบันทึกแฟ้ม ICF พร้อมกับแฟ้ม FUNCTIONAL
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	ตรวจสอบข้อมูลผู้ที่อยู่ในแฟ้ม FUNCTIONAL แต่ไม่อยู่ในแฟ้ม ICF

2.13 การส่งออกข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพ

การส่งออกข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม ICF โดยแฟ้ม ICF ใช้บันทึก
รหัส ICF ของของผู้มารับบริการที่มีความบกพร่องทางสุขภาพ และผ่านการประเมินจากแพทย์ที่ตรวจรับรอง
ความบกพร่อง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	เลขทะเบียนผู้พิการ	เลขทะเบียนผู้พิการหรือทุพพลภาพ(ออกโดยกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)	DISABID
3	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการ นั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
4	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับ ไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิก	SEQ

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
		ใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	
5	วันที่ประเมินสภาวะสุขภาพ	วันเดือนปีที่ประเมิน กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERRV
6	รหัสสภาวะสุขภาพ	รหัสสภาวะสุขภาพ ตามมาตรฐาน ICF	ICF
7	ระดับของสภาวะสุขภาพ	ระดับของสภาวะสุขภาพ (ICF) ที่ประเมินได้ แบ่งเป็น 0-4 ,8 และ 9	QUALIFIER
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม ICF มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนหมู่บ้านและชุมชนในเขตรับผิดชอบ
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	2. ผลการสำรวจประชาชนในเขตรับผิดชอบที่เป็นโรคเรื้อรัง เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	ต้องบันทึกแฟ้ม FUNCTIONAL พร้อมกันกับแฟ้ม ICF
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสสภาวะสุขภาพ
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	ตรวจสอบข้อมูลผู้ที่อยู่ในแฟ้ม ICF แต่ไม่อยู่ในแฟ้ม FUNCTIONAL

2.14 การส่งออกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลทั้งในและนอกสถานพยาบาล

การส่งออกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลทั้งในและนอกสถานพยาบาล เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม SERVICE ใช้บริการการมารับบริการแต่ละครั้งของผู้ป่วย กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	เลขทะเบียนการมารับบริการ(สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก) ในกรณีที่มีเลขทะเบียนที่ต่างไปจาก PID	HN
4	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
5	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
6	เวลาที่ให้บริการ	เวลาที่มารับบริการ กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)	TIME_SERV
7	ที่ตั้งของที่อยู่ผู้รับบริการ	1 = ในเขตรับผิดชอบ, 2 = นอกเขตรับผิดชอบ	LOCATION
8	เวลามารับบริการ	1 = ในเวลาราชการ, 2 = นอกเวลาราชการ	INTIME
9	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	INSTYPE
10	เลขที่บัตรสิทธิ	หมายเลขของบัตร ตามประเภทสิทธิการรักษา	INSID
11	สถานบริการหลัก	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	MAIN
12	ประเภทการมารับบริการ	1 = มารับบริการเอง, 2 = มารับบริการตามนัดหมาย, 3 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น, 4 = ได้รับการส่งต่อจากบริการ EMS	TYPEIN

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
13	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารับรักษาต่อ	REFERINHOSP
14	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	CAUSEIN
15	อาการสำคัญ	อาการสำคัญที่มาใช้บริการ	CHIEFCOMP
16	สถานที่รับบริการ	1 = ในสถานบริการ, 2 = นอกสถานบริการ	SERVPLACE
17	อุณหภูมิร่างกายแรกรับ	อุณหภูมิร่างกายแรกรับ (เซลเซียส) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	BTEMP
18	ความดันโลหิตซิสโตลิกแรกรับ	ความดันโลหิต ซิสโตลิก แรกรับ (มม.ปรอท) หมายเหตุ: ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	SBP
19	ความดันโลหิตไดแอสโตลิกแรกรับ	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) หมายเหตุ: ไม่ต้องบันทึกในกรณีที่วัดค่าไม่ได้ เช่น กลุ่มเด็ก	DBP
20	อัตราการเต้นของชีพจร	อัตราการเต้นของชีพจร (ครั้งต่อนาที)	PR
21	อัตราการหายใจ	อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที)	RR
22	สถานะผู้มารับบริการเมื่อเสร็จสิ้นบริการ	1 = จำหน่ายกลับบ้าน, 2 = รับไว้รักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน, 3 = ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น, 4 = เสียชีวิต, 5 = เสียชีวิตก่อนมาถึงสถานพยาบาล, 6 = เสียชีวิตระหว่างส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น, 7= ปฏิเสธการรักษา, 8 = หนีกลับ	TYPEOUT
23	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	REFEROUTHOSP
24	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	CAUSEOUT

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
25	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้ง ค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดทัศนียมและเลขหลัง จุด 2 ตำแหน่ง)	COST
26	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งหมดรวมทั้ง ค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดทัศนียมและเลขหลัง จุด 2 ตำแหน่ง)	PRICE
27	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิก ไม่ได้ (รวมจุดทัศนียมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดย ถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	PAYPRICE
28	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์	ACTUALPAY
29	วันเดือนปีที่ปรับปรุง ข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม SERVICE มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. การให้บริการผู้ป่วยและผู้มารับบริการทุกคน 2. การออกไปให้บริการรายบุคคลนอกสถานพยาบาล
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	เมื่อบันทึกรายการในแฟ้มนี้แล้วต้องบันทึกรายการในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ด้วย ยกเว้นกรณีที่ได้รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสที่อยู่ของผู้มารับบริการ 2. รหัสเวลาที่มารับบริการ 3. รหัสสิทธิการรักษา 4. รหัสประเภทการมารับบริการ 5. รหัสสาเหตุการส่งมารับบริการ 6. รหัสสถานที่รับบริการ 7. รหัสสถานะเมื่อเสร็จสิ้นการบริการ 8. รหัสสาเหตุการส่งต่อ
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	ตรวจสอบรายการผู้ที่อยู่ในแฟ้ม SERVICE แต่ไม่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ยกเว้นกรณีที่ได้รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล กรณีมารับบริการในโรงพยาบาลโดยไม่พบแพทย์ และกรณีการตรวจ สิ่งส่งตรวจโดยไม่มีตัวผู้ป่วยมา

2.15 การส่งออกข้อมูลรหัสกลุ่มโรคของผู้ป่วยนอก

การส่งออกข้อมูลรหัสกลุ่มโรคของผู้ป่วยนอก เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD โดยแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ใช้บันทึกรหัส ICD ของผู้ที่มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	ประเภทการวินิจฉัย	1 = PRINCIPLE DX (การวินิจฉัยโรคหลัก) ,4 = OTHER (อื่น ๆ) , 5 = EXTERNAL CAUSE(สาเหตุภายนอก) และ 7 = Morphology Code (รหัสเกี่ยวกับเนื้องอก) เท่านั้น	DIAGTYPE
6	รหัสการวินิจฉัย	รหัสโรค ICD - 10 - TM	DIAGCODE
7	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	CLINIC
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. รหัส ICD ที่ลงทะเบียนโดยบุคลากรที่รับผิดชอบการให้รหัสแก่ผู้มารับบริการแต่ละราย
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	เมื่อบันทึกข้อมูลในแฟ้มนี้ ต้องมีการบันทึกข้อมูลในแฟ้ม SERVICE ด้วย
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสแผนกที่รับบริการ 2. รหัส ICD ที่บอกกลุ่มโรค 3. รหัสประเภทการวินิจฉัย
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	1. ตรวจสอบรหัส ICD-ของโรคประเภทที่ 1 ต้องไม่เป็นรหัส V,W,X และ Y 2. ตรวจสอบรายการผู้ป่วยที่มีอยู่ในตารางนี้ และไม่มีข้อมูลอยู่ในตาราง SERVICE

2.16 การส่งออกข้อมูลการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยและผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

การส่งออกข้อมูลการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยและผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DRUG_OPD โดยแฟ้ม DRUG_OPD ใช้บันทึกข้อมูลการจ่ายยาให้กับผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละ ครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิก ใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวัน กลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตาม การให้บริการจริง	CLINIC
6	รหস্য 24 หลัก หรือ รหস্যของ สถานพยาบาล	รหস্যมาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหস্য ของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มีรหস্যมาตรฐาน 24 หลัก	DIDSTD
7	ชื่อยา	ชื่อยา	DNAME
8	จำนวน	จำนวนยาที่จ่าย	AMOUNT
9	หน่วยนับของยา	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	UNIT
10	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT ใช้ สำหรับยาที่มีการแบ่งบรรจุเพื่อการจ่ายยาที่เหมาะสม เช่น ยาน้ำ หรือ ยากลุ่มที่มีทะเบียนยาเดียวกันแต่มี ขนาดบรรจุต่างกันของบางบริษัท และอาจเป็นค่า NULL ได้	UNIT_PACKING
11	ราคาขาย	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ หมายเหตุ : ราคาขายทั้งหมด	DRUGPRICE
12	ราคาทุน	ราคาซื้อหรือราคาขายที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย)	DRUGCOST
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันใน สถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง ข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DRUG_OPD มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	การจ่ายยาให้กับผู้ป่วยและผู้มารับบริการแต่ละราย
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	ต้องบันทึกรายการในแฟ้ม SERVICE และ DIAGNOSIS_OPD ร่วมด้วยเสมอ
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสแผนกที่รับบริการ 2. รหัสยา
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	ตรวจสอบรายการผู้ที่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้มนี้ แต่ไม่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้ม SERVICE และ DIAGNOSIS_OPD

2.17 การส่งออกข้อมูลรหัสเหตุการณ์และการผ่าตัดของผู้ป่วยนอก

การส่งออกข้อมูลรหัสเหตุการณ์และการผ่าตัดของผู้ป่วยนอก เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม PROCEDURE_OPD โดยแฟ้ม PROCEDURE_OPD ใช้บันทึกข้อมูลการทำเหตุการณ์ให้กับผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	CLINIC
6	รหัสหัตถการ	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ)	PROCEDURE
7	ราคาค่าหัตถการ	ราคาค่าบริการหัตถการ มีศนิยม 2 ตำแหน่ง	SERVICEPRICE
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม PROCEDURE_OPD มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	การทำหัตถการให้กับผู้ป่วยและผู้มารับบริการแต่ละราย เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	ต้องบันทึกรายการในแฟ้ม SERVICE และ DIAGNOSIS_OPD ร่วมด้วยเสมอ
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสแผนกที่รับบริการ 2. รหัสหัตถการ
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	ตรวจสอบรายการผู้ที่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้มนี้ แต่ไม่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้ม SERVICE และ DIAGNOSIS_OPD

2.18 การส่งออกข้อมูลค่าใช้จ่ายแต่ละรายการของผู้ป่วยนอกและผู้รับบริการ

การส่งออกข้อมูลค่าใช้จ่ายแต่ละรายการของผู้ป่วยนอกและผู้รับบริการ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม CHARGE_OPD โดยแฟ้ม CHARGE_OPD ใช้บันทึกค่าใช้จ่ายของการมารับบริการแต่ละครั้ง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย. หมายเหตุ : กรณี รพ.สต. ให้ลงรหัสแผนกบริการ ตามการให้บริการจริง	CLINIC
6	หมวดของค่าบริการ	รหัสหมวดของค่าบริการตามมาตรฐาน สนย.	CHARGEITEM
7	รหัสรายการค่าบริการ	รหัสรายการค่าบริการที่เบิก เป็นรายการย่อย หากไม่มีการบันทึกรายการย่อย ให้ใส่ค่าเป็น '000000'	CHARGE LIST
8	จำนวนหน่วยที่เบิก	จำนวนหน่วยที่เบิก	QUANTITY
9	สิทธิการรักษาที่เบิก	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	INSTYPE
10	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	COST
11	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	PRICE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
12	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	PAYPRICE
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็นปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม CHARGE_OPD มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนหมู่บ้านและชุมชนในเขตรับผิดชอบ
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	2. ผลการสำรวจประชาชนในเขตรับผิดชอบที่เป็นโรคเรื้อรัง เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	การบันทึกข้อมูลในแฟ้มนี้ ต้องบันทึกพร้อมกับแฟ้ม SERVICE และแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสแผนกที่รับบริการ 2. รหัสหมวดค่าบริการ 3. รหัสค่าบริการ
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	ตรวจสอบรายการผู้ที่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้มนี้ แต่ไม่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้ม SERVICE และ DIAGNOSIS_OPD

2.19 การส่งออกข้อมูลผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง

การส่งออกข้อมูลผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม SURVEILLANCE โดยแฟ้ม SURVEILLANCE ใช้บันทึกข้อมูลเมื่อพบว่าผู้มารับบริการอาจเป็นโรคติดต่อที่อยู่ในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวัง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยในหมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีที่นอนโรงพยาบาลเท่านั้น	AN
6	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะกรณีที่นอนโรงพยาบาลเท่านั้น	DATETIME_ADMI T
7	รหัสกลุ่มอาการที่เฝ้าระวัง	รหัสกลุ่มอาการหรืออาการที่ต้องเฝ้าระวัง (syndromic surveillance) สำหรับโรคติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	SYNDROME
8	รหัสการวินิจฉัยแรกรับ	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา) เมื่อแรกรับ	DIAGCODE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
9	รหัส 506 แกร็บ	รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา เมื่อแรก รับ หมายเหตุ : อ้างอิงรหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนัก ระบาดวิทยา	CODE506
10	รหัสการวินิจฉัยล่าสุด	รหัสโรค ICD - 10 - TM (โรคที่เฝ้าระวังทางระบาด วิทยา) จากวินิจฉัยล่าสุด	DIAGCODELAST
11	รหัส 506 ล่าสุด	รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนักระบาดวิทยา จาก วินิจฉัยล่าสุด หมายเหตุ : อ้างอิงรหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากสำนัก ระบาดวิทยา	CODE506LAST
12	วันที่เริ่มป่วย	วันเดือนปีที่เริ่มป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	ILLDATE
13	บ้านเลขที่	บ้านเลขที่ และถนน หรือซอย หมายเหตุ : ขณะป่วย	ILLHOUSE
14	รหัสหมู่บ้าน	รหัสเลขหมู่ที่ เช่น 01 คือหมู่ที่ 1 เป็นต้น (ใช้ 99 แทน ไม่ทราบ) หมายเหตุ : ขณะป่วย	ILLVILLAGE
15	รหัสตำบล	รหัสตำบลตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ ทราบ) ขณะป่วย	ILLTAMBON
16	รหัสอำเภอ	รหัสอำเภอตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ ทราบ) ขณะป่วย	ILLAMPUR
17	รหัสจังหวัด	รหัสจังหวัดตามกรมการปกครอง (ใช้ 99 แทนไม่ ทราบ) ขณะป่วย	ILLCHANGWAT
18	พิกัดที่อยู่(ละติจูด)	พิกัดละติจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	LATITUDE
19	พิกัดที่อยู่(ลองจิจูด)	พิกัดลองจิจูดของที่อยู่ขณะป่วย จุดทศนิยม 6 ตำแหน่ง	LONGITUDE
20	สภาพผู้ป่วย	1 = หาย , 2 = ตาย , 3 = ยังรักษาอยู่ , 9 = ไม่ทราบ	PTSTATUS
21	วันที่ตาย	วันเดือนปีที่เสียชีวิต กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	DATE_DEATH
22	สาเหตุการป่วย	รหัสแยกสาเหตุการป่วย ของกลุ่มโรคที่มีการแยก สาเหตุการป่วย เช่น อุบัติเหตุ ฯลฯ	COMPLICATION
23	ชนิดของเชื้อโรค	รหัสชนิดของเชื้อโรค ของกลุ่มโรคที่ต้องการบ่งชี้ชนิด ของเชื้อโรค เช่น บิด ฯลฯ	ORGANISM

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
24	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
25	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม SURVILLANCE มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	ทะเบียนผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	การบันทึกข้อมูลในแฟ้มนี้ ต้องบันทึกพร้อมกับแฟ้ม SERVICE และแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัส ICD ที่บอกกลุ่มโรค 2. รหัสกลุ่มอาการที่ต้องเฝ้าระวัง 3. รหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวัง
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	ตรวจสอบรายการผู้ที่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้มนี้ แต่ไม่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้ม SERVICE และ DIAGNOSIS_OPD

2.20 การส่งออกข้อมูลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

การส่งออกข้อมูลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม ACCIDENT โดยแฟ้ม ACCIDENT ใช้บันทึกข้อมูลผู้มารับบริการที่ได้รับอุบัติเหตุ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลขเดียวกัน	SEQ
4	วันที่และเวลามาใช้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATETIME_SERV
5	วันที่และเวลาเกิดอุบัติเหตุ	วันเดือนปีที่เกิดอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDDHHMMSS) หมายเหตุ:กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATETIME_AE
6	ประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุ	รหัสสาเหตุ 19 สาเหตุ ตามมาตรฐานอ้างอิงตามสำนักระบาดวิทยา	AETYPE
7	สถานที่เกิดอุบัติเหตุ	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

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
8	ประเภทการมารับบริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน	1 = มารับบริการเอง, 2 = ได้รับการส่งตัวโดย First responder , 3 = ได้รับการส่งตัวโดย BLS, 4 = ได้รับการส่งตัวโดย ILS ,5 = ได้รับการส่งตัวโดย ALS, 6 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น, 7 = อื่น ๆ ,9=ไม่ทราบ	TYPEIN_AE
9	ประเภทผู้บาดเจ็บ (อุบัติเหตุจราจร)	1= ผู้ขับขี่, 2= ผู้โดยสาร, 3= คนเดินเท้า, 8= อื่นๆ, 9= ไม่ทราบ	TRAFFIC
10	ประเภทยานพาหนะที่เกิดเหตุ	01= จักรยานและสามล้อถีบ, 02= จักรยานยนต์, 03= สามล้อเครื่อง, 04= รถยนต์นั่ง/แท็กซี่, 05= รถจักรยานยนต์, 06= รถตู้, 07= รถโดยสารสองแถว, 08= รถโดยสารใหญ่ (รถบัส รถเมล์), 09= รถบรรทุก/รถพ่วง, 10= เรือโดยสาร 11= เรืออื่นๆ, 12= อากาศยาน, 98= อื่นๆ 99= ไม่ทราบ หมายเหตุ : เฉพาะอุบัติเหตุจราจร	VEHICLE
11	การดื่มแอลกอฮอล์	1= ดื่ม, 2= ไม่ดื่ม, 9= ไม่ทราบ	ALCOHOL
12	การใช้อยาสารเสพติดขณะเกิดอุบัติเหตุ	1= ใช้, 2= ไม่ใช้, 9= ไม่ทราบ	NACROTIC_DRUG
13	การคาดเข็มขัดนิรภัย	1= คาด, 2= ไม่คาด, 9= ไม่ทราบ	BELT
14	การสวมหมวกนิรภัย	1= สวม, 2= ไม่สวม, 9= ไม่ทราบ	HELMET
15	การดูแลการหายใจ	1= มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึง, 2= ไม่มีการดูแลการหายใจก่อนมาถึง, 3= ไม่จำเป็น	AIRWAY
16	การห้ามเลือด	1= มีการห้ามเลือดก่อนมาถึง, 2= ไม่มีการห้ามเลือดก่อนมาถึง, 3= ไม่จำเป็น	STOPBLEED
17	การใส่ splint/ slab	1= มีการใส่ splint/slab ก่อนมาถึง, 2= ไม่มีการใส่ splint/slabก่อนมาถึง, 3= ไม่จำเป็น	SPLINT
18	การให้น้ำเกลือ	1= มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึง, 2= ไม่มีการให้ IV fluid ก่อนมาถึง, 3= ไม่จำเป็น	FLUID
19	ระดับความเร่งด่วน	ระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ (1= life threatening, 2= emergency, 3= urgent, 4= acute, 5= non acute, 6 = ไม่แน่ใจ)	URGENCY
20	ระดับความรู้สึกทางด้านตา	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของตา	COMA_EYE

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
21	ระดับความรู้สึกทางด้านการพูด	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของการพูด	COMA_SPEAK
22	ระดับความรู้สึกทางด้านการเคลื่อนไหว	ระดับความรู้สึกตัววัดจากการตอบสนองของการเคลื่อนไหว	COMA_MOVEMENT
23	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็นปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม ACCIDENT มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	ทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	การบันทึกข้อมูลในแฟ้มนี้ ต้องบันทึกร่วมกับแฟ้ม SERVICE และแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสประเภทผู้ป่วย 2. รหัสสถานที่เกิดอุบัติเหตุ 3. รหัสประเภทการมารับบริการ 4. รหัสประเภทผู้บาดเจ็บ 5. รหัสประเภทยานพาหนะ 6. รหัสการตีมีแอลกอฮอล์ 7. รหัสการใช้ยาเสพติด 8. รหัสการคาดเข็มขัดนิรภัย 9. รหัสการใส่หมวกนิรภัย 10. รหัสการดูแลการหายใจ 11. รหัสการห้ามเลือด 12. รหัสการใส่ Splint/Slab 13. รหัสการให้น้ำเกลือ 14. รหัสระดับความเร่งด่วน
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	ตรวจสอบรายการผู้ที่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้มนี้ แต่ไม่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้ม SERVICE และ DIAGNOSIS_OPD

2.21 การส่งออกข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การส่งออกข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม LABFU โดยแฟ้ม LABFU ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	SEQ
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 01=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ หลังอดอาหาร 02=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร 03=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร 04=ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร 05=ตรวจ HbA1C 06=ตรวจ Triglyceride 07=ตรวจ Total Cholesterol 08=ตรวจ HDL Cholesterol 09=ตรวจ LDL Cholesterol 10=ตรวจ BUN ในเลือด 11=ตรวจ Creatinine ในเลือด 12=ตรวจโปรตีน microalbumin ในปัสสาวะ (ใน filed ผลการตรวจใส่ค่า 0=negative, 1=trace, 2=positive) 13=ตรวจ CREATININE ในปัสสาวะ 14=ตรวจโปรตีน macroalbumin ในปัสสาวะ (ใน filed ผลการตรวจใส่ค่า 0=negative, 1=trace, 2=positive) 15=ตรวจหาค่า eGFR (ใช้สูตร CKD-EPI formula) 16=ตรวจ Hb 17=ตรวจ UPCR (Urine protein creatinine ratio) 18=ตรวจ K (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป หรือได้	LABTEST

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
		ยา ACEI//ARBs)19=ตรวจ Bicarb (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป)20=ตรวจ phosphate (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป)21=ตรวจ PTH (กรณี CKD stage 3 ขึ้นไป) หรือรหัส Lab เลข 7 ตัว	
6	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จุดศนิยม 2 หลัก)	LABRESULT
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม LABFU มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	2. ผู้ป่วยโรคไม่เรื้อรังที่ตรวจ microalbumin หรือ macroalbumin ในปัสสาวะได้ผลบวก หรือค่า eGFR < 60
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยไม่มีตัวผู้ป่วยมารับบริการ
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข

2.22 การส่งออกข้อมูลการตรวจติดตามโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การส่งออกข้อมูลการตรวจติดตามโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม CHRONICFU โดยแฟ้ม CHRONICFU ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจติดตามผลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิก	SEQ

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
		ใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวัน กลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	น้ำหนัก	น้ำหนักในวันที่มารับบริการ (กิโลกรัม) จุดศูนนิยม 1 หลัก	WEIGHT
6	ส่วนสูง	ส่วนสูงในวันที่มารับบริการ (ซม.)	HEIGHT
7	เส้นรอบเอว (ซ.ม.)	เส้นรอบเอว (ซม.)	WAIST_CM
8	ความดันโลหิต ซิสโต ลิก	ความดันโลหิต ซิสโตลิก (มม.ปรอท) สำหรับผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง	SBP
9	ความดันโลหิต ได แอสโตลิก	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) สำหรับผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง	DBP
10	ตรวจเท้า	ตรวจเท้า (ตรวจแผล ผิวหนัง รูปเท้า การรับความรู้สึก ซีพจร) 1 = ตรวจ ผลปกติ, 2 = ไม่ตรวจ , 3 = ตรวจ ผลไม่ปกติ , 9 = ไม่ทราบ	FOOT
11	ตรวจจอประสาทตา	ตรวจจอประสาทตา 1 = ตรวจ ophthalmoscope ผล ปกติ , 2 = ตรวจด้วย fundus camera ผลปกติ, 3 = ตรวจ ophthalmoscope ผลไม่ปกติ, 4 = ตรวจด้วย fundus camera ผลไม่ปกติ, 8 = ไม่ตรวจ, 9 = ไม่ ทราบ	RETINA
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันใน สถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม CHRONICFU มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	ทะเบียนการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้ เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสการตรวจเท้า 2. รหัสการตรวจจอประสาทตา
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	

2.23. การส่งออกทะเบียนผู้ป่วยใน

การส่งออกทะเบียนผู้ป่วยใน เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม ADMISSION โดยแฟ้ม ADMISSION ใช้เพื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วยใน กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการ นั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละ ครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิก ใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
5	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	DATETIME_ADMIT
6	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	WARDADMIT
7	ประเภทสิทธิการรักษา	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ (สิทธิหลักในการ admit ครั้งนั้น)	INSTYPE
8	ประเภทการมารับบริการ	1 = มารับบริการเอง, 2 = มารับบริการตามนัดหมาย, 3 = ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น, 4 = ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS	TYPEIN
9	สถานบริการที่ส่งผู้ป่วยมา	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อ	REFERINHOSP
10	สาเหตุการส่งผู้ป่วยมารับบริการ	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	CAUSEIN
11	น้ำหนักแรกรับ	น้ำหนักผู้ป่วยแรกรับ (กิโลกรัม) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	ADMITWEIGHT
12	ส่วนสูงแรกรับ	ส่วนสูงผู้ป่วยแรกรับ (ซ.ม.)	ADMITHEIGHT
13	วันที่และเวลาจำหน่ายผู้ป่วย	วันเดือนปีและเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	DATETIME_DISCH
14	แผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย	รหัสแผนกที่จำหน่ายผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	WARDDISCH
15	สถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	รหัสสถานภาพการจำหน่ายผู้ป่วย	DISCHSTATUS
16	วิธีการจำหน่ายผู้ป่วย	รหัสชนิดการจำหน่ายผู้ป่วย	DISCHTYPE
17	สถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไป	รหัสสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ	REFEROUTHOSP
18	สาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย	1 = เพื่อการวินิจฉัยและรักษา, 2 = เพื่อการวินิจฉัย, 3 = เพื่อการรักษาต่อเนื่อง, 4 = เพื่อการดูแลต่อใกล้บ้าน, 5 = ตามความต้องการผู้ป่วย	CAUSEOUT
19	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดรวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	COST

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
20	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายซึ่งรวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ทั้งหมดรวมทั้ง ค่าบริการทางการแพทย์ (รวมจุดศุขนิยามและเลขหลัง จุด 2 ตำแหน่ง)	PRICE
21	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิก ไม่ได้ (รวมจุดศุขนิยามและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	PAYPRICE
22	เงินที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่จ่ายจริง ถ้าไม่มีการจ่ายให้ใส่เลขศูนย์	ACTUALPAY
23	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันใน สถานพยาบาลเดียวกัน (หมอผู้รับผิดชอบคนไข้หลัก)	PROVIDER
24	วันเดือนปีที่ปรับปรุง ข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม ADMISSION มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	ทะเบียนผู้ป่วยใน เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้ เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	ต้องบันทึกข้อมูลร่วมกับการบันทึกแฟ้ม DIAGNOSIS_IPD 1. รหัสประเภทการมารับบริการ 2. รหัสสาเหตุการส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการ 3. รหัสสิทธิการรักษา 4. รหัสสถานภาพการจำหน่าย 5. รหัสประเภทการจำหน่าย 6. รหัสสาเหตุการส่งต่อผู้ป่วย
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	ตรวจสอบรายการผู้ป่วยที่มีข้อมูลอยู่ในแฟ้มนี้ แต่ไม่มีข้อมูลในแฟ้ม DIAGNOSIS_IPD

2.24 การส่งออกข้อมูลรหัสกลุ่มโรคของผู้ป่วยใน

การส่งออกข้อมูลรหัสกลุ่มโรคของผู้ป่วยใน เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DIAGNOSIS_IPD โดยเพิ่มแฟ้ม DIAGNOSIS_IPD ใช้บันทึกรหัส ICD ของผู้ป่วยใน กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	DATETIME_ADMIT
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	WARDDIAG
6	ประเภทการวินิจฉัย	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
7	รหัสการวินิจฉัย	รหัสโรค ICD - 10 - TM	DIAGCODE
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DIAGNOSIS_IPD มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	รหัสกลุ่มโรค ICD สำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	ต้องบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้ม ADMISSION ร่วมด้วย
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสกลุ่มโรค ICD 2. รหัสประเภทการวินิจฉัย
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่น ๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	1. ตรวจสอบรหัส ICD-ของโรคหลักต้องไม่เป็นรหัส V,W,X และ Y 2. ตรวจสอบรหัสโรคที่ไม่สอดคล้องกับเพศและอายุของผู้ป่วย 3. ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ในแฟ้มนี้ แต่ไม่มีอยู่ในแฟ้ม ADMISSION

2.25 การส่งออกข้อมูลการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยใน

การส่งออกข้อมูลการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยใน เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DRUG_IPD โดยแฟ้ม แฟ้ม DRUG_IPD ใช้บันทึกการให้ยาแก่ผู้ป่วยใน กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	DATETIME_ADMIT
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	WARDSTAY

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
6	ประเภทการจ่ายยา	1= ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยระหว่างรักษาในโรงพยาบาล 2= ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อกลับไปใช้ที่บ้าน	TYPEDRUG
7	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล	รหัสยามาตรฐานที่กำหนดเป็น 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาลในกรณีที่ยังไม่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก	DIDSTD
8	ชื่อยา	ชื่อยา	DNAME
9	วันที่เริ่มให้ยา	วันที่เริ่มให้ยา (กรณีที่เป็นยาที่ให้ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวัน (YYYYMMDD) และเป็นปีคริสตศักราช	DATESTART
10	วันที่เลิกให้ยา	วันที่เลิกให้ยา (กรณีที่เป็นยาที่ให้ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล) กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวัน (YYYYMMDD) และเป็นปีคริสตศักราช	DATEFINISH
11	จำนวน	จำนวนยาที่จ่าย	AMOUNT
12	หน่วยนับของยา	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	UNIT
13	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับที่แสดงใน Field UNIT	UNIT_PACKING
14	ราคาขาย	ราคาขายให้กับผู้รับบริการ	DRUGPRICE
15	ราคาทุน	ราคาซื้อหรือราคาขายที่ได้รับจากโรงพยาบาล(แม่ข่าย)	DRUGCOST
16	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
17	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DRUG_IPD มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	การใช้ยาของผู้ป่วยใน
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	ต้องบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้ม ADMISSION ร่วมด้วย
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสประเภทการจ่ายยา 2. รหัสยา 3. รหัสหน่วยนับของยา
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ในแฟ้มนี้ แต่ไม่มีอยู่ในแฟ้ม ADMISSION

2.26 การส่งออกข้อมูลรหัสเหตุการณ์และการผ่าตัดของผู้ป่วยใน

การส่งออกข้อมูลรหัสเหตุการณ์และการผ่าตัดของผู้ป่วยใน เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม PROCEDURE_IPD โดยแฟ้ม PROCEDURE_IPD ใช้บันทึกรหัสเหตุการณ์ของผู้ป่วยใน กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	DATETIME_ADMIT
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	WARDSTAY

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
6	รหัสหัตถการ	รหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสหัตถการ)	PROCEDCODE
7	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ	วันที่และเวลาเริ่มทำหัตถการ กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	TIMESTART
8	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ	วันที่และเวลาทำหัตถการเสร็จ กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	TIMEFINISH
9	ราคาค่าหัตถการ	ราคาค่าบริการหัตถการ มีศนิยม 2 ตำแหน่ง	SERVICEPRICE
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม PROCEDURE_IPD มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	รายการรหัสหัตถการของผู้ป่วยในแต่ละราย
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	ต้องบันทึกข้อมูลในแฟ้ม ADMISSION ร่วมด้วย
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสหัตถการและการผ่าตัด 2. รหัสแผนก
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ในแฟ้มนี้ แต่ไม่มีอยู่ในแฟ้ม ADMISSION

2.27 การส่งออกข้อมูลค่าใช้จ่ายแต่ละรายการของผู้ป่วยใน

การส่งออกข้อมูลค่าใช้จ่ายแต่ละรายการของผู้ป่วยใน เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม CHARGE_IPD โดยแฟ้ม CHARGE_IPD ใช้บันทึกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN
4	วันที่และเวลารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีและเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS)	DATETIME_ADMIT
5	แผนกที่รับผู้ป่วย	รหัสแผนกที่รับผู้ป่วย อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย.	WARDSTAY
6	หมวดของค่าบริการ	รหัสหมวดของค่าบริการตามมาตรฐาน สนย.	CHARGEITEM
7	รหัสรายการค่าบริการ	รหัสรายการค่าบริการที่เบิก เป็นรายการย่อย หากไม่มีการบันทึกรายการย่อย ให้ใส่ค่าเป็น '000000'	CHARGE LIST
8	จำนวนหน่วยที่เบิก	จำนวนหน่วยที่เบิก	QUANTITY
9	สิทธิการรักษาที่เบิก	รหัสสิทธิมาตรฐาน ที่ใช้ในการมารับบริการ	INSTYPE
10	ราคาทุนของบริการ	ราคาทุนของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	COST
11	ค่าบริการทั้งหมด (ราคาขาย)	ราคาขายของบริการ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง)	PRICE
12	ค่าบริการที่ต้องจ่ายเอง	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ (รวมจุดทศนิยมและเลขหลังจุด 2 ตำแหน่ง) โดยถ้าไม่มีการเรียกเก็บให้ใส่เลขศูนย์	PAYPRICE
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม CHARGE_IPD มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	รายการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในแต่ละราย
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	ต้องบันทึกข้อมูลในแฟ้ม ADMISSION ร่วมด้วย
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสแผนกที่รับบริการ 2. รหัสหมวดค่าบริการ 3. รหัสค่าบริการ 4. รหัสสิทธิการรักษา
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ในแฟ้มนี้ แต่ไม่มีอยู่ในแฟ้ม ADMISSION

2.28 การส่งออกข้อมูลการนัดมารับบริการครั้งต่อไป

การส่งออกข้อมูลการนัดมารับบริการครั้งต่อไป เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม APPOINTMENT โดยแฟ้ม APPOINTMENT ใช้บันทึกข้อมูลการนัดตรวจครั้งต่อไปของผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN)	AN
4	ลำดับที่	รหัสการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน	SEQ

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
5	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) กรณีที่เป็นผู้ป่วยในใช้วันที่ของ date_serv ของ service	DATE_SERV
6	แผนกที่รับบริการ	รหัสแผนกที่รับบริการ อ้างอิงตามมาตรฐาน สนย	CLINIC
7	วันนัด	วันเดือนปีที่นัดครั้งต่อไป กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	APDATE
8	ประเภทกิจกรรมที่นัด	รหัสกิจกรรมการนัด ตามที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กำหนด	APTYPE
9	รหัสโรคที่นัดมาตรวจ	รหัสโรค ICD - 10 - TM	APDIAG
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุงข้อมูล	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม APPOINTMENT มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	รายการนัดผู้ป่วยแต่ละรายมาติดตามผล เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้ เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสแผนกที่รับบริการ 2. รหัสประเภทกิจกรรมการนัด 3. รหัสโรคที่นัดมาตรวจ
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	

2.29 การส่งออกข้อมูลการตรวจสุขภาพฟันเฉพาะการตรวจสุขภาพฟันทุกซี่ทั้งช่องปาก

การส่งออกข้อมูลการตรวจสุขภาพฟันเฉพาะการตรวจสุขภาพฟันทุกซี่ทั้งช่องปาก เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DENTAL โดยแฟ้ม DENTAL ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจรักษาฟันของผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	ประเภทผู้ได้รับบริการตรวจสุขภาพทันตสุขภาพ	1 = กลุ่มหญิงตั้งครรภ์, 2 = กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน, 3 = กลุ่มเด็กวัยเรียน, 4 = กลุ่มผู้สูงอายุ, 5 = กลุ่มอื่นๆ (นอกเหนือจาก 4 กลุ่มแรก)	DENTTYPE
6	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ, 2 = นอกสถานบริการ	SERVPLACE
7	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ซี่)	PTEETH
8	จำนวนฟันแท้ที่ไม่ได้อุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ไม่ได้อุด (ซี่)	PCARIES
9	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด (ซี่)	PFILLING

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
10	จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	จำนวนฟันแท้ที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	PEXTRACT
11	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่มีอยู่ (ซี่)	DTEETH
12	จำนวนฟันน้ำนมซี่ที่ไม่ได้ขูด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมซี่ที่ไม่ได้ขูด (ซี่)	DCARIES
13	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการขูด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ได้รับการขูด (ซี่)	DFILLING
14	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	จำนวนฟันน้ำนมที่ถอนหรือหลุด (ซี่)	DEXTRACT
15	จำเป็นต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	1 = ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์, 2 = ไม่ต้องทา/เคลือบฟลูออไรด์	NEED_FLUORIDE
16	จำเป็นต้องขูดหินน้ำลาย	1 = ต้องขูดหินน้ำลาย, 2 = ไม่ต้องขูดหินน้ำลาย	NEED_SCALING
17	จำนวนฟันที่ต้องเคลือบหลุมร่องฟัน	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (ซี่)	NEED_SEALANT
18	จำนวนฟันแท้ที่ต้องขูด	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการขูดฟัน (ซี่)	NEED_PFILLING
19	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องขูด	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการขูดฟัน (ซี่)	NEED_DFILLING
20	จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอนรักษาคลองรากฟัน	จำนวนฟันแท้ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคลองรากฟัน (ซี่)	NEED_PEXTRACT
21	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน	จำนวนฟันน้ำนมที่ต้องได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน หรือรักษาคลองรากฟัน (ซี่)	NEED_DEXTRACT
22	จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม	1 = ต้องใส่ฟันเทียมบนและล่าง, 2 = ต้องใส่ฟันเทียมบน, 3 = ต้องใส่ฟันเทียมล่าง, 4 = ไม่ต้องใส่ฟันเทียม	NPROSTHESIS
23	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันแท้	PERMANENT_PERMANENT
24	จำนวนคู่สบฟันแท้	จำนวนคู่สบฟันแท้กับฟันเทียม เฉพาะใน	PERMANENT_PROSTHESIS

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
	กับฟันเทียม	กลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี (ซี)	
25	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม	จำนวนคู่สบฟันเทียมกับฟันเทียม เฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ ≥ 60 ปี (ซี)	PROSTHESIS_PROSTHESIS
26	สภาวะปริทันต์	ใช้รหัส CPI ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 0 = ปกติ, 1 = มีเลือดออกภายหลังจากการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์, 2 = มีหินน้ำลาย แต่ยังไม่เห็นแถบดำบนเครื่องมือ, 3 = มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. (ขอบเหงือกอยู่ในแถบดำ), 4 = มีร่องลึกปริทันต์ 6 มม.หรือมากกว่า (มองไม่เห็นแถบดำบนเครื่องมือ), 5 = มีหินน้ำลายและมีเลือดออกภายหลังการตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์, 9 = ตรวจไม่ได้/ไม่ตรวจ หลักที่ 1=ตำแหน่งฟันหลังบนด้านขวา, หลักที่ 2=ตำแหน่งฟันหน้าบน, หลักที่ 3=ตำแหน่งฟันหลังบนด้านซ้าย, หลักที่ 4=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านซ้าย, หลักที่ 5=ตำแหน่งฟันหน้าล่าง, หลักที่ 6=ตำแหน่งฟันหลังล่างด้านขวา	GUM
27	สถานศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุสังกัดของโรงเรียน 1 = ศพด., 2 = ประถมศึกษารัฐบาล, 3 = ประถมศึกษาเทศบาล, 4 = ประถมศึกษาท้องถิ่น, 5 = ประถมศึกษาเอกชน, 6 = มัธยมศึกษารัฐบาล, 7 = มัธยมศึกษาเทศบาล, 8 = มัธยมศึกษาท้องถิ่น, 9 = มัธยมศึกษาเอกชน	SCHOOLTYPE
28	ระดับการศึกษา	กรณีเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ให้ระบุชั้นที่เรียนอยู่ ศพด. มีชั้นที่ 1-3 ประถมศึกษา มีชั้นที่ 1-6 มัธยมศึกษา มีชั้นที่ 1-6	CLASS
29	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
30	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม DENTAL มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	ผลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพทั้งช่องปาก เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้ เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสประเภทผู้ให้บริการ 2. รหัสประเภทการบริการ 3. รหัสจำเป็นต้องใช้ฟลูออไรด์ 4. รหัสจำเป็นต้องชูดหินน้ำลาย 5. รหัสจำเป็นต้องใช้ฟันเทียม 6. รหัสสภาวะปริทันต์ 7. รหัสสถานศึกษา
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	

2.30 การส่งออกข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การส่งออกข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม REHABILITATION โดยแฟ้ม REHABILITATION ใช้บันทึกข้อมูลการบริการเวชศาสตร์ฟื้นฟูแก่ผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายถึง เหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	เลขที่ผู้ป่วยใน	เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) กรณีเป็นผู้ป่วยใน	AN
5	วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	วันเดือนปีที่มารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDDHHMMSS) กรณีเป็นผู้ป่วยในให้ใช้วันที่ DATE_SERV ใน SERVICE หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_ADMIT
6	วันที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	วันเดือนปีที่ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
7	วันที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยใน	วันเดือนปีที่เริ่มรับบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_START
8	วันที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วยใน	วันเดือนปีที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูสภาพ กรณีให้บริการต่อเนื่อง แผนกผู้ป่วยใน	DATE_FINISH

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
		หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	
9	รหัสบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	รหัสบริการฟื้นฟูสภาพที่ได้รับ	REHABCODE
10	รหัสกายอุปกรณ์ที่ได้รับ	รหัสกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ได้รับ	AT_DEVICE
11	จำนวนกายอุปกรณ์ที่ได้รับ	จำนวนกายอุปกรณ์ที่ได้รับ (ชิ้น)	AT_NO
12	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย.	REHABPLACE
13	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม REHABILITATION มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. การฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยแต่ละราย
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	2. ผลการสำรวจประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถนะ เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้ เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสการบริการฟื้นฟูสมรรถนะ 2. รหัสกายอุปกรณ์
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	

2.31. การส่งออกข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การส่งออกข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม NCDSCREEN โดยแฟ้ม NCDSCREEN ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	SERVPLACE
6	ประวัติสูบบุหรี่	1 = ไม่สูบ, 2 = สูบนานๆ ครั้ง, 3 = สูบเป็นครั้งคราว, 4 = สูบเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ	SMOKE
7	ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1 = ไม่ดื่ม, 2 = ดื่มนานๆ ครั้ง, 3 = ดื่มเป็นครั้งคราว, 4 = ดื่มเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ	ALCOHOL
8	ประวัติเบาหวานในญาติสายตรง	1 = มีประวัติเบาหวานในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ	DMFAMILY
9	ประวัติความดันสูงในญาติสายตรง	1 = มีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ	HTFAMILY
10	น้ำหนัก	น้ำหนัก (กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	WEIGHT
11	ส่วนสูง	ส่วนสูง (ซม.)	HEIGHT

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
12	เส้นรอบเอว (ซ.ม.)	เส้นรอบเอว (ซม.)	WAIST_CM
13	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท)	SBP_1
14	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท)	DBP_1
15	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท)	SBP_2
16	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท)	DBP_2
17	ระดับน้ำตาลในเลือด	ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.) จุดทศนิยม 2 หลัก	BSLEVEL
18	วิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด	รหัสการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ หลังอดอาหาร 2 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร 3 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย หลังอดอาหาร 4 = ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอย โดยไม่อดอาหาร	BSTEST
19	สถานที่รับบริการคัดกรอง	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย. หมายถึง : ไม่เป็นค่าว่างและอ้างอิงรหัสสถานบริการ สนย.	SCREENPLACE
20	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
21	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม NCDScreen มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	ผลการตรวจคัดกรองการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในเขตรับผิดชอบ
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสการสูบบุหรี่ 2. รหัสการดื่มแอลกอฮอล์ 3. รหัสเบาหวานในญาติสายตรง 4. รหัสความดันโลหิตสูงในญาติสายตรง 5. รหัสวิธีการตรวจน้ำตาลในเลือด 6. รหัสสถานพยาบาลที่คัดกรอง
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	

2.32 การส่งออกข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัว

การส่งออกข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัว เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม FP โดยแฟ้ม FP ใช้บันทึกข้อมูลการวางแผนครอบครัวแก่ผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	รหัสวิธีการคุมกำเนิด	1 = ยาเม็ด , 2 = ยาฉีด , 3 = ห่วงอนามัย , 4 = ยาฝัง, 5 = ถุงยางอนามัย 6 = หมันชาย, 7 = หมันหญิง	FPTYPE
6	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย.	FPPLACE
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาที่วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม FP มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	การให้บริการวางแผนครอบครัวแต่ละราย
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	รหัสวิธีการคุมกำเนิด
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	

2.33 การส่งออกข้อมูลการตั้งครรภ์

การส่งออกข้อมูลการตั้งครรภ์ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม PRENATAL โดยแฟ้ม PRENATAL ใช้ขึ้นทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	GRAVIDA
4	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	LMP
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : ถ้าบันทึกค่า LMP	EDC

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
6	ผลการตรวจ VDRL_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	VDRL_RESULT
7	ผลการตรวจ HB_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	HB_RESULT
8	ผลการตรวจ HIV_RS	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	HIV_RESULT
9	วันที่ตรวจ HCT.	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_HCT
10	ผลการตรวจ HCT	ระดับฮีมาโตคริต (%)	HCT_RESULT
11	ผลการตรวจ THALASSAEMIA	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 3=ไม่ตรวจ, 4=รอผลตรวจ, 9 =ไม่ทราบ	THALASSEMIA
12	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม PRENATAL มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	2. ผลการสำรวจประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ตั้งครรภ์ เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสผลการตรวจ VDRL 2. รหัสผลการตรวจ HB 3. รหัสผลการตรวจ HIV 4. รหัสผลการตรวจ Thalassemia
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล
ก่อนการส่งออก

2.34 การส่งออกข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์

การส่งออกข้อมูลการให้บริการฝากครรภ์ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม ANC โดยแฟ้ม ANC ใช้บันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	GRAVIDA
6	ANC ช่วงที่	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 หมายเหตุ กรณีอายุครรภ์ไม่อยู่ในช่วงของการฝากครรภ์ให้ หมายเหตุ : บันทึกเฉพาะอายุครรภ์ บันทึกช่วงครรภ์ กรณีมาตรงช่วงการนัดฝากครรภ์เท่านั้น	ANCNO

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
7	อายุครรภ์	อายุครรภ์ (สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม	GA
8	ผลการตรวจ	1 = ปกติ, 2 = ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	ANCRESULT
9	สถานที่รับบริการฝากครรภ์	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย.	ANCPLACE
10	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
11	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม ANC มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ 2. ผลการสำรวจประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ตั้งครรภ์แต่ไปฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลอื่น
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	ต้องบันทึกข้อมูลในแฟ้ม PRENATAL ร่วมด้วย
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสผลการตรวจ 2. รหัสสถานพยาบาลที่รับฝากครรภ์
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	ตรวจสอบรายการผู้ที่มีข้อมูลในแฟ้มนี้แต่ไม่มีข้อมูลในแฟ้ม PRENATAL

2.35 การส่งออกข้อมูลการคลอด

การส่งออกข้อมูลการคลอดเป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม LABOR โดยแฟ้ม LABOR ใช้บันทึกข้อมูลการคลอด กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	GRAVIDA
4	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย	วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	LMP
5	วันที่กำหนดคลอด	วันเดือนปี ที่กำหนดคลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	EDC
6	วันคลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์	วันเดือนปีที่คลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	BDATE
7	ผลสิ้นสุดการตั้งครรภ์	รหัสโรค ICD - 10 TM	BRESULT
8	สถานที่คลอด	1=โรงพยาบาล, 2=สถานเอนามัย, 3=บ้าน, 4=ระหว่างทาง, 5=อื่นๆ	BPLACE
9	รหัสสถานพยาบาลที่คลอด	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	BHOSP
10	วิธีการคลอด / สิ้นสุดการตั้งครรภ์	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ทำกิน, 6 = ABORTION	BTYPE
11	ประเภทของผู้ทำคลอด	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = จนท.สาธารณสุข(ที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล), 4 = ผดุงครรภ์โบราณ, 5 = คลอดเอง, 6 = อื่นๆ	BDOCTOR
12	จำนวนเกิดมีชีพ	จำนวนเด็กเกิดมีชีพจากการคลอด ไม่มีให้ใส่ 0	LBORN
13	จำนวนตายคลอด	จำนวนเด็กเกิดไร้ชีพจากการคลอด ไม่มีให้ใส่ 0	SBORN

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
14	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม LABOR มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	ทะเบียนหญิงที่มาคลอดบุตรแต่ละราย
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสสถานที่คลอด 2. รหัสสถานพยาบาลที่คลอด 3. รหัสวิธีการคลอดหรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์ 4. รหัสประเภทผู้ทำคลอด
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	

2.36 การส่งออกข้อมูลการดูแลหลังคลอด

การส่งออกข้อมูลการดูแลหลังคลอด เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม POSTNATAL โดยแฟ้ม POSTNATAL ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจหลังคลอด กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกความครอบคลุมจะไม่มี SEQ	SEQ
4	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น	GRAVIDA
5	วันคลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์	วันเดือนปีที่คลอด / วันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	BDATE
6	วันที่ดูแลแม่	วันเดือนปีที่ได้รับการดูแลแม่หลังคลอด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	PPCARE
7	รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลแม่	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย.	PPPLACE
8	ผลการตรวจมารดาหลังคลอด	1=ปกติ, 2=ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	PPRESULT
9	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม POSTNATAL มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	ทะเบียนหญิงคลอดที่มารับการตรวจหลังคลอด
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสสถานพยาบาลที่ตรวจหลังคลอด 2. รหัสผลการตรวจหลังคลอด
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	

2.37 การส่งออกข้อมูลทารกแรกเกิด

การส่งออกข้อมูลทารกแรกเกิดเป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม NEWBORN โดยแฟ้ม NEWBORN ใช้บันทึกข้อมูลเด็กแรกเกิด กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ทะเบียนบุคคล (แม่)	ทะเบียนบุคคลที่กำหนดโดยโปรแกรมจากแฟ้ม PERSON และทะเบียนนี้จะซ้ำกันได้หากบุคคลนั้นมีมารดาเป็นบุคคลเดียวกัน ใช้อ้างอิงในแฟ้ม Person	MPID
4	ครรภ์ที่	การตั้งครรภ์ครั้งที่ กรอกเป็นตัวเลข เช่น ครรภ์ที่ 1,2,10 เป็นต้น หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor	GRAVIDA
5	อายุครรภ์เมื่อคลอด	อายุครรภ์ (สัปดาห์) เป็นเลขจำนวนเต็ม	GA

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
6	วันที่คลอด	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	BDATE
7	เวลาที่คลอด	เวลาที่คลอด กำหนดเป็น ชั่วโมง นาที วินาที (HHMMSS)	BTIME
8	สถานที่คลอด	1=โรงพยาบาล, 2=สถานีนอนามัย, 3=บ้าน, 4= ระหว่างทาง, 5=อื่นๆ หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor	BPLACE
9	รหัสสถานพยาบาลที่ คลอด	รหัสมาตรฐานจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor	BHOSP
10	ลำดับที่ของทารกที่ คลอด	ลำดับที่ของการคลอด 1 = คลอดเดี่ยว, 2 = เป็นเด็ก แฝดลำดับที่ 1, 3 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 2, 4 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 3, 5 = เป็นเด็กแฝดลำดับที่ 4	BIRTHNO
11	วิธีการคลอด	1 = NORMAL, 2 = CESAREAN, 3 = VACUUM, 4 = FORCEPS, 5 = ทำกัน หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor	BTYPE
12	ประเภทของผู้ทำคลอด	1 = แพทย์, 2 = พยาบาล, 3 = จนท.สาธารณสุข (ที่ ไม่ใช่แพทย์ พยาบาล), 4 = ผดุงครรภ์โบราณ, 5 = คลอดเอง, 6 = อื่นๆ หมายเหตุ : ประมวลผลจาก labor	BDOCTOR
13	น้ำหนักแรกคลอด(กรัม)	หน่วยนับเป็นกรัม	BWEIGHT
14	ภาวะการมีขาด ออกซิเจน	1 = ขาด , 2 = ไม่ขาด, 9 = ไม่ทราบ	ASPHYXIA
15	ได้รับ VIT K หรือไม่	1 = ได้รับ , 2 = ไม่ได้รับ, 9 = ไม่ทราบ	VITK
16	ได้รับการตรวจ TSH หรือไม่	1 = ได้รับการตรวจ , 2 = ไม่ได้ตรวจ, 9 = ไม่ทราบ	TSH
17	ผลการตรวจ TSH	ผลการตรวจระดับ TSH บันทึกลงเป็นค่า (จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง)	TSHRESULT
18	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม NEWBORN มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนเด็กแรกเกิด 2. ทะเบียนหญิงที่มาคลอด
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน ทั้งแม่และทารกและเกิด)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสสถานที่คลอด 2. รหัสสถานพยาบาลที่คลอด 3. รหัสวิธีการคลอด 4. รหัสประเภทผู้ทำคลอด 5. รหัสการขาดออกซิเจน 6. รหัสการได้รับวิตามินเค 7. รหัสการตรวจ TSH
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	

2.38 การส่งออกข้อมูลการดูแลทารกแรกเกิด

การส่งออกข้อมูลการดูแลทารกแรกเกิดเป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม NEWBORNCARE โดยแฟ้ม NEWBORNCARE ใช้บันทึกข้อมูลการดูแลเด็กแรกเกิด กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล (เด็ก)	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิก ใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่คลอด	วันเดือนปีที่คลอด กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD)	BDATE
5	วันที่ดูแลลูก	วันเดือนปีที่ลูกได้รับการดูแล กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	BCARE
6	รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลลูก	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย.	BCPLACE
7	ผลการตรวจทารกหลังคลอด	1=ปกติ, 2=ผิดปกติ, 9 = ไม่ทราบ	BCARERESULT
8	อาหารที่รับประทาน	1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว	FOOD
9	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
10	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม NEWBORNCARE มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	การดูแลทารกแรกเกิดแต่ละราย
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสสถานพยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิด 2. รหัสผลการตรวจ 3. รหัสอาหารที่ทารกได้รับ
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	

2.39 การส่งออกข้อมูลการให้วัคซีนของผู้รับบริการและประชาชนในเขตรับผิดชอบ

การส่งออกข้อมูลการให้วัคซีนของผู้รับบริการและประชาชนในเขตรับผิดชอบ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม EPI โดยแฟ้ม EPI ใช้บันทึกข้อมูลการให้วัคซีนแก่ผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายถึง : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิคใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มีารับบริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	รหัสวัคซีน	รหัสมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (การรับวัคซีนแต่ละครั้ง ไม่ควรฉีดชนิดเดียวกันเกินหนึ่งเข็ม)	VACCINETYPE
6	สถานที่รับวัคซีน	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย.	VACCINEPLACE
7	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
8	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม EPI มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนการให้วัคซีน
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	2. ผลการสำรวจประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ไปรับวัคซีนที่อื่น เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสวัคซีน 2. รหัสสถานที่รับวัคซีน
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	

2.40 การส่งออกข้อมูลการตรวจวัดระดับโภชนาการของประชาชนในเขตรับผิดชอบ

การส่งออกข้อมูลการตรวจวัดระดับโภชนาการของประชาชนในเขตรับผิดชอบ เป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม NUTRITION โดยแฟ้ม NURITION ใช้บันทึกข้อมูลการได้รับโภชนาการของผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	DATE_SERV
5	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย.	NUTRITIONPLACE
6	น้ำหนัก(กก.)	น้ำหนัก(กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	WEIGHT
7	ส่วนสูง (ซม.)	ส่วนสูง (ซม.)	HEIGHT
8	เส้นรอบศีรษะ (ซม.)	เส้นรอบศีรษะ (ซม.)	HEADCIRCUM
9	ระดับพัฒนาการเด็ก	1 = ปกติ, 2 = สงสัยต่ำกว่าปกติ, 3 = ซ้ำกว่าปกติ หมายเหตุบันทึกเฉพาะอายุเด็ก 0-5 ปี 11 เดือน 29 วัน	CHILDEVELOP
10	อาหารที่รับประทานปัจจุบัน	1 = นมแม่อย่างเดียว, 2 = นมแม่และน้ำ, 3 = นมแม่และนมผสม, 4 = นมผสมอย่างเดียว หมายเหตุ เพิ่มรหัส 0 = เลิกดื่มนมแล้ว บันทึกเฉพาะ	FOOD

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
		อายุเด็ก 0-2 ปี 11 เดือน 29 วัน	
11	การใช้ขวดนม	1 = ใช้ขวดนม, 2 = ไม่ใช้ขวดนม	BOTTLE
12	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
13	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปี เดือน วัน ชั่วโมง นาที วินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม NUTRITION มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนการตรวจวัดระดับโภชนาการ
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	2. ผลการตรวจวัดระดับโภชนาการของประชาชนในเขตรับผิดชอบ เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสสถานที่ให้บริการ 2. รหัสพัฒนาการเด็ก 3. รหัสอาหารที่รับประทาน 4. รหัสการใช้ขวดนม
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	

2.41 การส่งออกข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันเฉพาะบางโรค

การส่งออกข้อมูลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันเฉพาะบางโรคเป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม SPECIALPP โดยแฟ้ม SPECIALPP ใช้บันทึกข้อมูลการให้บริการส่งเสริมป้องกันโรคที่กำหนดเฉพาะตามแผนการป้องกันโรคต่างๆ แก่ผู้มารับบริการ กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่ของการบริการที่กำหนดโดยโปรแกรม เรียงลำดับโดยไม่ซ้ำกัน สำหรับการมารับบริการแต่ละครั้ง (visit) หมายเหตุ : ในกรณีที่มาใช้บริการ (visit) หลายคลินิกใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็นตัวเลข เดียวกัน	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่มาใช้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD)	DATE_SERV
5	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	SERVPLACE
6	รหัสบริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ	รหัสการให้บริการส่งเสริมป้องกันเฉพาะ	PPSPECIAL
7	สถานที่รับบริการ	รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ ตามรหัสมาตรฐานสนย.	PPSPLACE
8	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
9	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม SPECIALPP มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	1. ทะเบียนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะ 2. ผลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเฉพาะประชาชนในเขต รับผิดชอบ
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้ เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	1. รหัสบริการส่งเสริมป้องกันโรคเฉพาะ 2. รหัสสถานพยาบาลที่ให้บริการ
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียน เดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ก่อนการส่งออก	

2.42 การส่งออกข้อมูลกิจกรรมการให้บริการในชุมชนทั้งชุมชน

การส่งออกข้อมูลกิจกรรมการให้บริการในชุมชนทั้งชุมชนเป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม COMMUNITY_ACTIVITY โดยแฟ้ม COMMUNITY_ACTIVITY ใช้บันทึกการให้บริการในชุมชนทั้งชุมชน กำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบ ฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	รหัสชุมชนที่จัดกิจกรรม	รหัสชุมชนที่จัดกิจกรรม ตามมหาดไทย เป็นจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน (CCAATTMM) หากจัดใน ระดับตำบล ในส่วนของหมู่บ้านให้ใส่ "00"	VID
3	วันที่เริ่มจัดกิจกรรม	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	DATE_START

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
4	วันที่สิ้นสุดการจัดกิจกรรม	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	DATE_FINISH
5	รหัสกิจกรรมในชุมชน	รหัสกิจกรรมในชุมชน ตามรหัสมาตรฐานของ สนย.	COMACTIVITY
6	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสต์ศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม COMMUNITY_ACTIVITY มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	ทะเบียนการออกไปทำกิจกรรมในชุมชน
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	รหัสกิจกรรมในชุมชน
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	

2.43 การส่งออกข้อมูลกิจกรรมการให้บริการรายบุคคลนอกสถานพยาบาล

การส่งออกข้อมูลกิจกรรมการให้บริการรายบุคคลนอกสถานพยาบาลเป็นการส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม COMMUNITY_SERVICE โดยแฟ้ม COMMUNITY_SERVICE ใช้บันทึกกิจกรรมการให้บริการรายบุคคลนอกสถานพยาบาลกำหนดหัวข้อที่ควรบันทึกดังนี้

ลำดับ	หัวข้อ	คำอธิบาย	ชื่อในระบบฐานข้อมูล
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	HOSPCODE
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มาขึ้นทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	PID
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit	SEQ
4	วันที่ให้บริการ	วันเดือนปีที่ให้บริการ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31	DATE_SERV
5	รหัสการให้บริการในชุมชน	รหัสการให้บริการสุขภาพระดับบุคคลในชุมชน ตามรหัสมาตรฐานของ สนย. (5 หลัก)	COMSERVICE
6	เลขที่ผู้ให้บริการ	เลขที่ผู้ให้บริการ ออกโดยโปรแกรม ไม่ซ้ำกันในสถานพยาบาลเดียวกัน	PROVIDER
7	วันเดือนปีที่ปรับปรุง	วันที่เพิ่มและปรับปรุงข้อมูล กำหนดรูปแบบเป็น ปีเดือนวันชั่วโมงนาทีวินาที (YYYYMMDDHHMMSS) และเป็นปีคริสตศักราช	D_UPDATE

การส่งออกข้อมูลไปยังแฟ้ม COMMUNITY_SERVICE มีหัวข้อและรายละเอียดดังต่อไปนี้

หัวข้อ	รายละเอียด
แหล่งข้อมูลต้นทาง	ทะเบียนการให้บริการรายบุคคลนอกสถานพยาบาลแต่ละราย
ข้อมูลที่ต้องมีอยู่ก่อน	เลขทะเบียนบุคคล (ต้องลงทะเบียนบุคคลในแฟ้ม PERSON เพื่อให้ได้เลขทะเบียนบุคคลก่อน)
ความเกี่ยวข้องกับแฟ้มอื่น	
รายการที่ต้องใช้รหัสมาตรฐาน	รหัสการให้บริการในชุมชน
ความถี่ในการส่งออกข้อมูล	ส่งออกทุกเดือน ตามวันเวลาที่กำหนด
จำนวนข้อมูลที่ส่งในแต่ละเดือน	เดือนพฤศจิกายน ส่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ในทะเบียนเดือนอื่นๆ – ส่งเฉพาะข้อมูลที่เพิ่มเติมหรือแก้ไข
การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการส่งออก	

REFERENCES:

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version 2.1 (1 ตุลาคม 2558) ปีงบประมาณ 2559. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.



ISBN : 978-616-11-2842-5

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข