



ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด						มีอาการปวดรุนแรงที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(กรณาระบุตำแหน่งที่ปวดในแผนภาพด้านหลัง)

ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย						มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่มีอาการคลื่นไส้						มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่มีอาการซึมเศร้า						มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่วิตกกังวล						วิตกกังวลมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่มีอาการง่วงซึม/ง่วงซึม						มีอาการง่วงซึม/ง่วงซึมมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่เบื่ออาหาร						เบื่ออาหารมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

สบายดีทั้งกายและใจ						ไม่สบายกายและใจเลย				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ						มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ปัญหาอื่นๆ ได้แก่						(ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ชื่อผู้ป่วย _____

ทำโดย ผู้ป่วย

วันที่ _____ เวลา _____

ผู้ดูแลผู้ป่วย

อื่นๆ ได้แก่ _____

