

โรงพยาบาล หมายเลขโทรสาร

ชื่อ/นามสกุลผู้ป่วย อายุ เพศ HN. AN.....

Admission date Time Discharged date..... Time.....

1. สำหรับการเจ็บป่วย

- อาการสำคัญ.....
- มีอาการมานาน
- ตามความเห็นของท่านผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวมานานเท่าใด.....

2. สำหรับอุบัติเหตุ

- วันที่เกิดเหตุ..... เวลา.....
- สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ.....
- ผู้ป่วยอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุราหรือสารเสพติดขณะที่มาถึงโรงพยาบาลหรือไม่ ไม่ ใช่
- อาการบาดเจ็บ

3. ผลการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค : การตรวจทางโลหิตวิทยา, ปัสสาวะ, การตรวจทางรังสี, การตรวจคลื่นหัวใจ, การตรวจตัวอย่างชิ้นเนื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์, การตรวจพิเศษต่างๆ, อื่นๆ.....

การตรวจเชื้อเอชไอวี ไม่ได้ทำ ทำ วันที่

ผล.....

4. การวินิจฉัยโรค.....

5. การให้การรักษา.....

การผ่าตัด(ถ้ามี).....

แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด วันที่ทำการผ่าตัด.....

ผลชิ้นเนื้อ

6. ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากสถานอื่นใดมาก่อนหรือไม่ ไม่ ได้

จาก.....

7. เฉพาะสตรี ผู้ป่วยมีครรภ์หรือไม่ ไม่มี มี อายุครรภ์..... สัปดาห์

8. การพยากรณ์โรค.....

9. ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

วันที่	การวินิจฉัยโรค	การรักษาที่ได้รับ	ระยะเวลา	นายแพทย์ / โรงพยาบาล

10. ความเห็นอื่นๆ

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ทำการรักษา ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....วันที่.....