

Name:		Allergy (แพ้ยา):	
HN:			
Visit Date:			
Birth Date:	Age:	ปี	
Gender:	Physician:		
Medical Certificate		Clinic:	

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง/ทันตแพทย์ _____ แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง

(Physician/ Dentist Name)

สาขาเวชกรรม/ ทันตกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทะเบียนเลขที่ _____ ประจำคลินิก _____

(Medical/ Dental License No.) (at Clinic)

ที่อยู่ _____

ได้ทำการตรวจ นาย/นาง/นางสาว _____

(I have examined Mr./Mrs./Miss) (Patient)

มาได้รับการรักษา (Has been treated on) วันที่ (Date) _____

อาการ (Chief Complaint) _____

วินิจฉัยโรค (Diagnosis) _____

การรักษา/ ตรวจวินิจฉัย (Treatment/ Investigation)

☐ ให้ยา (Medication) ☐ เอ็กซเรย์ (X-ray) ☐ การตรวจวิเคราะห์ (Lab) ☐ ทำแผล (dressing)

☐ ทำหัตถการ (Procedure) _____ ☐ ผ่าตัด (Surgery) _____ ☐ อื่นๆ (Other) _____

ความเห็นของแพทย์

☐ สมควรให้หยุดพักรักษาตัว (Patient need to rest for) _____ วัน (Days)

ตั้งแต่วันที่ (From date) _____ ถึงวันที่ (To date) _____

☐ แนะนำ (Recommendation) _____

ลงชื่อ (Signature) _____ แพทย์/ทันตแพทย์ ผู้ตรวจ

(_____) Medical License No. _____