

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง/ทันตแพทย์ _____ แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง

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)

☐ คนไข้นอก Out-Patient วันที่ (Date) _____

☐ คนไข้ใน In-Patient (AN) _____ 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. _____