

Name:

Allergy (แพ้ยา):

ID No:

Visit Date:

Birth Date:

Age: ปี

Gender:

Physician:

Clinic:

Medical Certificate

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง/ทันตแพทย์ แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง

(Physician/ Dentist Name)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทะเบียนเลขที่ ประจำคลินิก

(Medical/ Dental License No.)

(at Clinic)

ที่อยู่

(Address)

ได้ทำการตรวจ นาย/นาง/นางสาว

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

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.