

ใบรับรองแพทย์ (MEDICAL CERTIFICATE)

Name : น.ส. พลอยนิษา กนกวิบูลย์ศิริ Room :
HN : 67-022774 Physician : น.ต.นพ. ชยุต ชีวะพฤกษ์
Visit Date : 5 สิงหาคม 2567 Department :
Birth Date : 9 มีนาคม 2526 Age : 41 ปี 4 เดือน 27 วัน Sex : หญิง
Allergies :

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง/ทันตแพทย์ (Physician/Dentist Name) : น.ต.นพ. ชยุต ชีวะพฤกษ์ แพทย์แผนปัจจุบัน
ชั้นหนึ่งสาขาเวชกรรม/ทันตกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทะเบียนเลขที่ (Medical/Dental License No.) : 2.19133
สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาล (Hospital) : โรงพยาบาล พญาไท นวมินทร์

เลขที่ : 44/505 ถ.นวมินทร์ แขวงนวลจันทร์ เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10230

ได้ทำการตรวจ นาย/นาง/นางสาว : น.ส. พลอยนิษา กนกวิบูลย์ศิริ (Patient) อายุ 41 ปี 4 เดือน 27 วัน ปี HN 67-022774
(I have examined Mr./Mrs./Miss) : Age : Year HN

มาได้รับการรักษา (Has been treated on)

- ☐ คนไข้ Out-Patient (VN.) : วันที่ (Date) :
☐ คนไข้ In-Patient (AN.) : 67-8450 วันที่ (Date) : 5 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 6/8/2567

อาการ (Chief Complaint)

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) (ระบุชื่อโรคเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) กรณีโรคผิวหนังกรณารับตำแหน่ง

ผื่นผิวหนังอักเสบ/ผิวหนัง

การรักษา/การตรวจวินิจฉัย (Treatment / Investigation)

- ☐ ให้นยา (Medication) ☐ เอกซเรย์ (X-Ray) ☐ การตรวจวิเคราะห์ (Lab)
☐ ทำแผล (Dressing) ☐ ทำกายภาพ (Physical Therapy)
☐ ทำหัตถการ (Procedure)

☒ ผ่าตัด (Surgery)

☐ อื่นๆ (Other)

ความเห็นแพทย์ (Recommendation)

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

ตั้งแต่วันที่ (From Date) : ถึงวันที่ (To Date) :

☐ แนะนำ (Recommendation)

ลงชื่อ

(Signature)

น.ต.นพ. ชยุต ชีวะพฤกษ์

แพทย์/ทันตแพทย์ ผู้ตรวจ

(M.D. / D.D.S.)

(.....) Medical License No. : 2.19133

(.....)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล / หน่วยงาน

Hospital Staff / Department



นวมินทร์ • NAWAMIN

(.....)

ผู้รับใบรับรองแพทย์ หรือผู้รับการตรวจ

Patient's name or Client

