



แบบฟอร์มส่งผู้ป่วย เพื่อ FM Rehabilitation under GA ที่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์  
โรงพยาบาลทันตกรรม

วันที่.....

ชื่อผู้ป่วย-สกุล ..... HN ..... เพศ  ชาย  หญิง

อายุ ..... ปี ..... เดือน ต้องการปรึกษาทันตแพทย์ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Consultation only  Consultation for joint management  Consultation for transfer

ข้อมูลผู้ป่วย .....

.....  
.....  
.....  
.....

การวินิจฉัย.....

.....  
.....

จึงเรียนมาเพื่อขอความกรุณาฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รับผู้ป่วยไว้เพื่อทำการรักษาภายใต้  
การดมยาสลบ โดยขอความกรุณาในการกำหนดวันและเวลาในการรักษา จองห้องผ่าตัด และประสานงานกับกุมารแพทย์  
เพื่อจองเตียงสำหรับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เมื่อได้วันและเวลาในการให้การรักษาแล้ว ขอความกรุณาแจ้งมายัง คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก โรงพยาบาล  
ทันตกรรม ทางโทรศัพท์ หรือตอบกลับในแบบฟอร์มการปรึกษาผู้ป่วย จะเป็นพระคุณอย่างสูง

ทันตแพทย์เจ้าของไข้ .....(เขียนตัวบรรจง) หมายเลขโทรศัพท์ .....

---

รายงานตอบกลับการปรึกษาผู้ป่วย สำหรับฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (ในการแจ้งวันและเวลาใน  
การรักษาผู้ป่วย).....

.....  
.....

ทันตแพทย์เจ้าของไข้.....(เขียนตัวบรรจง) หมายเลขโทรศัพท์ .....