



ใบส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่คลินิก PTU/Service Clinic (ในเวลาราชการ)  
โรงพยาบาลทันตกรรม

ส่งจาก คลินิก ..... โทร. .... วันที่ .....

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ..... HN..... อายุ .....ปี

ขอส่งตัวเพื่อรับการรักษา  Urgency tx. ....  
 Complete tx. ชื่อ .....

ผลการวินิจฉัย.....

รายละเอียดอื่นๆ เพิ่มเติม .....

หมายเหตุ ผู้ป่วยต้องมาตามวันเวลาดนัดหมาย กรณีมาไม่ได้ตามนัด กรุณาโทรแจ้งยกเลิกการนัดหมายล่วงหน้า  
ที่เบอร์โทร. 0 7428 7625 0 7442 9884 (เพื่อเป็นการรักษาผลประโยชน์ให้กับผู้ป่วยรายอื่นที่รอรับการรักษาอยู่ในขณะนี้)

ลงชื่อ ..... นทพ./ทันตแพทย์ผู้ตรวจ

ลงชื่อ ..... อาจารย์นิเทศงาน

สำหรับเจ้าหน้าที่เวชระเบียนคลินิกบริการทันตกรรม

- ผู้ป่วยมานัดเอง  นทพ./ทันตแพทย์เจ้าของเคสมานัด  
 ปล่อยให้ทพ./ทพญ. ....นัดรักษาวันที่ ..... เวลา .....



รายงานการรักษาทางทันตกรรม

เรียน นทพ./ทันตแพทย์ ที่เกี่ยวข้อง

ในวันที่ ..... ผู้ป่วยชื่อ .....

ได้รับการรักษาทางทันตกรรม จากคลินิก PTU ดังนี้ .....

- จึงขอส่งกลับผู้ป่วยเพื่อให้ นทพ./ทันตแพทย์ เจ้าของคนไข้เพื่อดูแลรักษาต่อไป โดยมีขออนุญาตนัดหมายหลังการรักษา ดังนี้

นัดรักษา/เข้าคิว ..... ที่คลินิก ..... วันที่นัด .....

ทำการรักษาโดย ทพ./ทพญ. ....

ลงชื่อ ..... ทันตแพทย์ ผู้ตรวจ/ให้การรักษา

วันที่ .....