



แบบฟอร์มการขอปรึกษาแพทย์/ส่งต่อผู้ป่วย คลินิก
โรงพยาบาลทันตกรรม

H.N. วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อผู้ป่วย-สกุล เพศ ชาย หญิง อายุ ปี เดือน

ต้องการปรึกษาแพทย์ อายุรกรรม ศัลยกรรม

แผนกฉุกเฉิน ศูนย์คัดกรองโรคระบบทางเดินหายใจ

ER กุมารแพทย์

วัตถุประสงค์เพื่อ Consultation only Consultation for joint management

Consultation for transfer

ระดับความเร่งด่วน Not Urgent Urgent Emergency

ข้อมูลผู้ป่วยอย่างย่อ (ระบุ ประวัติผู้ป่วย, การตรวจร่างกาย และการส่งตรวจวินิจฉัยด้วย)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การวินิจฉัยเบื้องต้น

.....

ขอปรึกษาเพื่อ

.....

.....

.....

.....

.....

ทันตแพทย์เจ้าของไข้ (เขียนตัวบรรจง)หมายเลขโทรศัพท์.....

รายงานตอบกลับการปรึกษาผู้ป่วย

วันที่ เดือน พ.ศ.

Case summary

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

Medical concern

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

Anesthetic concern

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

Recommendation

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

แพทย์/ทันตแพทย์..... (เขียนตัวบรรจง)

หน่วยงาน โรงพยาบาล

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....