



## Medication Reconciliation Form (MR Form) Dental hospital

ชื่อ.....อายุ.....ปี.....เดือน HN.....AN..... (หรือติดสติ๊กเกอร์)		วันที่เข้ารับการรักษา.....เวลา.....น. วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....เวลา.....น.					
ประวัติแพ้ยา <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย/ญาติให้ประวัติ <input type="checkbox"/> จากบัตรแพ้ยา		1. .... 2. .... 3. ....					
รายการยาเดิมของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี							
แหล่งข้อมูลของรายการยาเดิม <input type="checkbox"/> ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแล <input type="checkbox"/> ยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาด้วย <input type="checkbox"/> สมุดประจำตัวโรคเรื้อรัง <input type="checkbox"/> เวชระเบียนผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สอบถามประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลอื่น							
ยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนมาโรงพยาบาล (ระบุชื่อยาและความแรง)	วิธีใช้ยาเดิม	เวลาได้ยา ครั้งสุดท้าย	หมายเหตุ (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓)				เหตุผล/ วิธีใช้ ใหม่
			ON (ใช้ยาต่อ)	CHANGE (เปลี่ยนวิธีใช้)	HOLD (หยุดชั่วคราว)	OFF (หยุดถาวร)	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
ประวัติการใช้ยาสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี 1. ....รับประทานมา.....ปี 2. ....รับประทานมา.....ปี							
ทันตแพทย์ ..... วันที่ .....เวลา .....		พยาบาล/เภสัช ..... วันที่ .....เวลา .....					