



# ใบสรุปการรักษาพยาบาล

## Discharge Summary : Diagnosis, Operation Dental Hospital, Faculty of Dentistry

Name : .....	Gender : .....
Date of birth : .....	Age : .....
HN : .....	Physician : .....
AN : .....	Allergies : .....

Admission date : ...../...../..... Discharge date : ...../...../..... Follow up date : ...../...../.....

1) Principle diagnosis (ICD-10) : .....

.....

.....By.....License ID.....

2) Comorbidity / Complication / External cause : .....

.....

3) Hospital course, treatment and complication(s) : .....

.....

.....

4) Lab, and investigations : .....

.....

5) Operation procedure(s) (ICD-9 CM)

5.1 ..... Started Date : .../.../... Time : ..... Finished Date : .../.../... Time : ..... By.....License ID.....

5.2 ..... Started Date : .../.../... Time : ..... Finished Date : .../.../... Time : ..... By.....License ID.....

5.3 ..... Started Date : .../.../... Time : ..... Finished Date : .../.../... Time : ..... By.....License ID.....

6) None operation procedure(s) : .....

.....

7) Surgical note/Remark : .....

.....

8) Pathological : .....

.....

9) Result of treatment : [ ] COMPLETE RECOVERY [ ] IMPROVED [ ] NOT IMPROVED [ ] DEAD

10) Home medication : .....

.....สาเหตุการเสียชีวิต.....

.....

11) Further planning : .....

.....

12) ชื่อแพทย์/ทันตแพทย์..... เลขใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ทันตกรรม.....

อาจารย์แพทย์/ทันตแพทย์เจ้าของไข้ ..... เลขใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ทันตกรรม.....

\* หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัย กรุณาติดต่อ โทร.074-287689 เอกสารนี้มีเพื่อเป็นสื่อกลางความเข้าใจรับรู้ระหว่างแพทย์/ทันตแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วย และแพทย์/ทันตแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง และต้องการรายละเอียด เพื่อใช้ประโยชน์อย่างอื่น โปรดติดต่อแพทย์/ทันตแพทย์ผู้รักษา หรือผ่านงานเวชระเบียน โรงพยาบาลทันตกรรม