

แบบฟอร์มส่งผู้ป่วยรักษาแพทย์/ทันตแพทย์

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เพศ.....เลขที่ทั่วไป.....
มีอาการดังนี้.....

ผลการตรวจเบื้องต้นพบว่า.....

การรักษาที่ได้ปฏิบัติแล้ว.....

การวินิจฉัยขั้นต้น.....

เหตุที่ส่งปรึกษา.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ความเห็น.....

ลงชื่อ.....

แพทย์/ทันตแพทย์ผู้รับปรึกษา

วันที่.....