

แบบขอปรึกษาโรค

โรงพยาบาล _____ แผนก _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เรียน _____

คนไข้ _____ เพศ _____ เลขที่ทั่วไป _____ เลขที่ภายใน _____

อายุ _____ ปี เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ประวัติ, อาการ, ผลการตรวจโดยย่อ และการรักษาที่ไ้ปฏิบัติแล้ว

การวินิจฉัยขั้นต้น _____

เหตุที่ส่งตรวจ _____

สิ่งที่ต้องการทราบ _____

ส่งมาเพื่อ _____

(ลงชื่อ) _____ แพทย์ผู้ขอปรึกษา

ความเห็น

(ลงชื่อ) _____ ผู้รับปรึกษา

วันที่ _____