

ใบรายงานแพทย์ผู้ให้การรักษา

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เพศ () ชาย () หญิง
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย HN.....เลขที่ผู้ป่วยใน AN.....เลขที่บัตรเอ็กซเรย์ XN.....

วันที่เข้ารับการรักษา.....เวลา.....วันที่ออก.....เวลา.....

1. ในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมาผู้ป่วยมาพบท่านเพื่อปรึกษา/รักษาการเจ็บป่วยบ่อยครั้งเพียงใด.....
2. ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาโรคที่กำลังเจ็บป่วยนี้ครั้งแรกเมื่อใด.....
3. ผู้ป่วยถูกส่งตัวมาจากแพทย์ท่านอื่นเพื่อเข้ารับการรักษาจากท่านหรือไม่ () ใช่ () ไม่ใช่
หากใช่โปรดระบุชื่อและที่อยู่ของแพทย์ผู้ส่งตัว.....
4. ผู้ป่วยมีอาการนำอย่างไรบ้าง.....
อาการดังกล่าวเริ่มปรากฏตั้งแต่เมื่อใด.....
5. ในความเห็นของท่านอาการแสดงและอาการตรวจพบดังกล่าวควรจะเกิดขึ้นมานานเท่าใด.....
6. ผู้ป่วยเคยมาปรึกษา/รักษาอาการ/หรือ โรคดังกล่าว หรือ โรคที่มีอาการใกล้เคียงกันหรือไม่ หากเคยตั้งแต่เมื่อใด.....
.....
7. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....
8. การตรวจเพื่อวินิจฉัยอื่น ๆ โปรดระบุชนิด
ผลการตรวจและวันที่ตรวจ.....
.....
9. มีการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอดส์หรือไม่ หากมีผลการตรวจเป็นอย่างไร.....
10. ลักษณะการเจ็บป่วยและการวินิจฉัย.....
.....
11. ภาวะหรือสาเหตุโดยตรงที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย.....
12. การเจ็บป่วยนี้มีความจำเป็นที่จะต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่.....
หากจำเป็นโปรดระบุข้อบ่งชี้.....
13. ลักษณะการรักษาที่ให้เช่น การรักษาด้วยยา.....
การผ่าตัด.....
อื่น ๆ
14. มีโรคหรือภาวะอื่น ๆ ที่พบพร้อมกับการเจ็บป่วยครั้งนี้หรือไม่.....
15. ผลการรักษา.....
16. สำหรับผู้ป่วยที่เป็นสตรี
ผู้ป่วยกำลังมีครรภ์หรือไม่ () ไม่มี () มี เดือน
17. ประวัติการรักษาโรคในอดีต
วันที่ อาการ ผลการวินิจฉัย ลักษณะรักษา ที่อยู่ของแพทย์/โรงพยาบาลที่ทำการรักษา
.....

วันที่.....แพทย์ผู้ให้การรักษา.....สาขาโรค.....

ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....โรงพยาบาล/คลินิก.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....แพทย์

()

(โปรดประทับตราโรงพยาบาล)