

ใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษา (Patient Referral Form)

สถานพยาบาลต้นทาง:

ส่งต่อไปยัง:

วันที่ส่งต่อ:/...../๒๕.....

ชื่อผู้ป่วย อายุ ปี HN

..... สิทธิการรักษา [] บัตรทอง ๓๐ บาท [] ประกันสังคม [] ข้าราชการ

อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วย:

.....

.....

การวินิจฉัยเบื้องต้น (Initial Diagnosis):

.....

การรักษาเบื้องต้นที่ได้ให้ไว้:

.....

(ลงชื่อ)

แพทย์/พยาบาลผู้ส่งต่อ

(.....)

ตำแหน่ง