โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โทร. 035-211888 # 1330 ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ *FM UC 2-05*

ชื่อ..... HN.....อายุ.....ปี เพศ.....

คลินิก/หอ..... AN.....วันที่.....เวลา.....

PID ..... สิทธิ .....

RF no..... รพ.หลัก.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เรียน แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง โรงพยาบาล......

ประวัติและการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....

.....

.....

.....

ผลตรวจที่สำคัญ.....

.....

.....

.....

การวินิจฉัยโรค.....

.....

.....

.....

การรักษาที่ได้ดำเนินการแล้ว.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอส่งประวัติผู้ป่วยเพื่อ ❍ การรักษาต่อเนื่อง ❍ การส่งตัวและรับรองสิทธิ

.....

.....

.....

แพทย์ผู้ตรวจรักษา