

เอกสารบันทึกข้อมูลผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่ จังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลผู้สัมภาษณ์

ชื่อ – สกุล.....

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

สังกัดหน่วยงาน/ที่อยู่

.....
.....

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ – สกุลผู้ป่วย.....ว/ด/ป เกิด.....ปัจจุบันอายุ.....ปี

เพศ..... เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ชื่อ – สกุลผู้ปกครอง.....ปัจจุบันอายุ.....ปี

ที่อยู่.....

.....

- 1.ภาวะที่พบ 1.1 ปากแห้งอย่างเดียว
 1.2 เพดานโหว่อย่างเดียว
 1.3 ปากแห้ง เพดานโหว่
 1.4 มีโรคร่วมอื่นๆ คือ.....

2. การรักษา 2.1 มา รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น
 2.2 ไม่มา เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาที่โรงพยาบาล.....
 2.3 ยุติการรักษา เนื่องจาก.....

- ในกรณีตอบข้อ 2.1 ให้ ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง นำเอกสารฉบับนี้มาติดต่อเข้ารับการรักษาที่ศูนย์ตะวันฉาย
- ในกรณีตอบข้อ 2.2 หรือ 2.3 ขอความกรุณา เจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์ โปรดจัดส่งเอกสารฉบับนี้กลับคืนมายัง ศูนย์ตะวันฉาย โทรศัพท์ 043-363123, 043-363502 โทรสาร 043-202558

ที่อยู่ด้านหลัง ➔

ศูนย์ตะวันฉาย ขอขอบคุณในความร่วมมือนี้อีกครั้งนะคะ ☺☺☺

ปฏิบัติตามรอบปรุ.....

ที่อยู่ผู้ส่ง.....

.....

.....

.....

เสดตมปี

เรียน ศูนย์ตะวันฉาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
123 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง
อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น
40002

ปฏิบัติตามรอยปรุ.....