



เลขที่ส่งต่อ...../ปี.....

แบบบันทึกการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในเครือกองทัพเรือ

หน่วยงานที่ส่ง.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ส่งถึง.....

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ว.ด.ป.เกิด.....

เลขที่บัตรประชาชน (ID)สิทธิการรักษา.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

การวินิจฉัยโรค :

ประวัติ.....

อาการ.....

การตรวจร่างกาย :

.....

.....

.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

.....

.....

การรักษาที่ได้รับ :

.....

.....

ความประสงค์ในการส่งต่อ :

.....

เอกสารที่ต้องแนบมาด้วย ☐ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☐ ภาพและผลตรวจทางรังสีวิทยา ☐ อื่นๆ ระบุ.....

แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย.....เบอร์โทรศัพท์

ผลการประสานส่งต่อ : ผู้รับการประสาน.....วันที่.....เวลา.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา เลขที่ ว.

(.....) ตัวบรรจง

วันที่.....

ชื่อ-สกุล ญาติที่ติดต่อได้.....เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....