

ส่วนที่3 สำหรับแพทย์กรอก กรณีรักษาแบบคนไข้ในและศัลยกรรม/ Part III -For Physician In case of IPD and Surgery.

ชื่อผู้ป่วย/ Patient's Name..... อายุ/ Age..... ปี/ year เพศ/ Sex.....
 วันที่เข้าโรงพยาบาล/ Admission Date..... เวลา/ Time..... HN:
 วันที่ออกจากโรงพยาบาล/ Discharge Date..... เวลา/ Time..... AN:

กรณารอกรายละเอียดในการรักษาครั้งนี้/ Please give detail relating to this treatment (Medical terminology)

กรณีเจ็บป่วย/ For illness:

1. วันที่ท่านพบผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้/ Date you first saw the patient for this illness:

2. อาการสำคัญและช่วงระยะเวลาที่ปรากฏอาการ/ Chief complaint and duration of symptoms:

3. ในความเห็นของท่าน อาการของโรคจะคงอยู่นานเท่าไร/ In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness:

กรณีอุบัติเหตุ/ For accident:

1. วันและเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ/ Date & Time of accident: สถานที่/ Place:

วันและเวลาที่ท่านพบผู้ป่วยครั้งแรก/ Date & Time you first saw this patient:

2. สาเหตุของอุบัติเหตุ ลักษณะของแผลและอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ/ Cause of accident, nature of wound and injured organs:

3. ผู้ป่วยมีอาการเมามาจากแอลกอฮอล์หรือยา เมื่อมาถึงโรงพยาบาลหรือไม่ ไม่ใช่/ No ใช่/ Yes

/ Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital?

อาการหรือสัญญาณที่ตรวจพบ/ Pertinent Clinical finding, symptoms & signs:

โรคประจำตัว/ Underlying diseases:

การตรวจสอบโรค, พยาธิสภาพของโรค/ Investigation, Pathological studies:

การวินิจฉัยโรค1/ Diagnosis 1: ICD10

การวินิจฉัยโรค2/ Diagnosis 2: ICD10

การวินิจฉัยโรค3/ Diagnosis 3: ICD10

กรณาระบุการวินิจฉัยในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ ไม่รวมโรคประจำตัวหรืออาการที่ไม่ได้ทำการรักษา, กรุณาระบุจากที่สำคัญมากไปน้อย

/Please fill the diagnosis that treated on this admission, not including the underlying disease or conditions not treated :
 please ranking from the most important to the less one.

การรักษา/ Treatment:

การผ่าตัด, วิธีการ1/ Surgery, Operation I: ICD 9 -CM or 10TM.....

การผ่าตัด, วิธีการ2/ Surgery, Operation II: ICD 9 -CM or 10TM.....

ผลการรักษา, ภาวะแทรกซ้อน/ Result, Complications:

การเจ็บป่วยครั้งนี้เกี่ยวข้องกับ การใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดหรือไม่ ไม่ใช่/ No ใช่/ Yes

/ Was the illness related to alcohol, drug abuse or addiction?

สำหรับผู้ป่วยสตรีมีภาวะตั้งครรภ์หรือไม่/ For female is the patient pregnant? ไม่ใช่/ No ใช่/ Yes

Gestational age.....Wks

การเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่/ Is condition congenital? ไม่ใช่/ No ใช่/ Yes

HIV ยังไม่ตรวจ/ Not done ตรวจแล้ว/ Done ผล/ Result :

ผู้ป่วยเคยรักษาด้วยแพทย์ท่านอื่นมาก่อนหรือไม่/ Has patient ever been treated by other doctor before? ไม่เคย/ No เคย/ Yes

โปรดระบุชื่อและที่อยู่สถานที่รักษา/ Please give name and address.....

ประวัติการรักษาครั้งก่อนในอดีต/ Treatment History

วันที่ Date	สัญญาณและอาการ Signs & Symptom	การวินิจฉัย Diagnosis	การรักษา Treatment	ชื่อแพทย์/ โรงพยาบาล Physicians/ Hospital Name

ลายเซ็นแพทย์/ Signature :

เลขที่ใบอนุญาตฯ/ Medical License No. :

()

วันที่/ Date :

โปรดประทับตราสถานพยาบาล (Hospital Stamp)