

(เกณฑ์ข้อที่ 1) วัน _____ เดือน _____ ปี _____ เวลา _____

ความจำเป็นรีบด่วน Emergency Urgent non-urgent หน่วยงานที่ขอปรึกษา _____

(เกณฑ์ข้อที่ 2) บันทึกขอปรึกษา (โดยระบุปัญหาที่ต้องการปรึกษา) _____

(เกณฑ์ข้อที่ 3) บันทึกประวัติการตรวจร่างกายและการรักษาโดยย่อ ของแพทย์ผู้ขอปรึกษา

(เกณฑ์ข้อที่ 4) ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ขอปรึกษา
(_____)

(เกณฑ์ข้อที่ 5) บันทึกผลการตรวจประเมินเพิ่มเติม และ คำวินิจฉัยของผู้รับปรึกษา

(เกณฑ์ข้อที่ 6) บันทึกความเห็น หรือ แผนการรักษา หรือ การให้คำแนะนำ

(เกณฑ์ข้อที่ 7) วัน _____ เดือน _____ ปี _____
เวลา _____ ที่ผู้รับปรึกษามาตรวจผู้ป่วย

(เกณฑ์ข้อที่ 8) ลงชื่อ _____ ผู้รับปรึกษา
(_____)

Name of Patient		Age	HN.	AN.
Department or Service	Ward	Diagnosis		Attending Physician