**แบบฟอร์ม ใบบันทึกเวชระเบียนกรณีเครือข่ายล่ม**

IM

วันที่......................................... เวลา....................น.

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

เลขบัตรประชาชน................................................................สิทธิการรักษา...............................................................................................

เพศ................ที่อยู่...................หมู่......................ตำบล...................................อำเภอ......................................จังหวัด................................

Vital sign (แรกรับ)........................BT………………….BP……………………PR……………….RR………………………………..

CC:……………………………………………………………………………………………………………………………….............

HPI……………………………………………………………………………………………………………………………….............

PMH……………………………………………………………………………………………………………………………………...

การตรวจร่างกาย (PEtext):……………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

วินิจฉัยโรค…...………………………………………..………………………………………………………………………………..

การทำหัตถการ ................................................................................................................................ผู้ทำหัตการ......................................

รายการสั่ง Lab,x-ray…………………………………………………………………………………………………………………..

รายการสั่งยา..........................................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................................

..........................................

(……………………………) แพทย์ผู้ตรวจ

IM

วันที่......................................... เวลา....................น.

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

เลขบัตรประชาชน................................................................สิทธิการรักษา...............................................................................................

เพศ................ที่อยู่...................หมู่......................ตำบล...................................อำเภอ......................................จังหวัด................................

Vital sign (แรกรับ)........................BT………………….BP……………………PR……………….RR………………………………..

CC:……………………………………………………………………………………………………………………………….............

HPI……………………………………………………………………………………………………………………………….............

PMH……………………………………………………………………………………………………………………………………...

การตรวจร่างกาย (PEtext):……………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

วินิจฉัยโรค…...………………………………………..………………………………………………………………………………..

การทำหัตถการ ................................................................................................................................ผู้ทำหัตการ......................................

รายการสั่ง Lab,x-ray…………………………………………………………………………………………………………………..

รายการสั่งยา..........................................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................................

..........................................

(……………………………) แพทย์ผู้ตรวจ