



ชื่อ-นามสกุล :	เพศ :	อายุ :
สิทธิการรักษา :	ห้องตรวจ :	
ข้อมูลซักประวัติทั่วไป : นน.	กก. สูง.	ชม. BP. mmHg PR. ครั้ง/นาที RR. /นาที
โรคประจำตัว :	BMI.	T. C.
การแพ้ยา :		
ซักประวัติตรวจร่างกาย :	การรักษา/รายการยา : ** กรุณาระบุวันที่กลืนระบบคอมพิวเตอร์ด้วย	
	<input type="checkbox"/> นัดครั้งต่อไป..... <input type="checkbox"/> พบแพทย์ <input type="checkbox"/> X-Ray <input type="checkbox"/> LAB <input type="checkbox"/> ปรึกษา..... <input type="checkbox"/> ส่งต่อ..... <input type="checkbox"/> Admit..... <input type="checkbox"/> หัตถการ	
การวินิจฉัย : ICD 10		
แพทย์/ทันตแพทย์		
หัตถการ : ICD 9 cm		
แพทย์/ทันตแพทย์/พยาบาล		