|  |
| --- |
|  วันที่ ……………/…………………./………………….**1200px-MED_MSU.png ใบขอปรึกษาแพทย์ คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย …………………………………………………… อายุ ………………………………………………HN ………………………………ข้อมูลผู้ป่วยอย่างย่อ โรคประจำตัว…………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..การวินิจฉัย ................................................................................................................................................................................ขอเรียนปรึกษาแพทย์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อทำหัตถการทันตกรรม ………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ขอแสดงความนับถือ ลงชื่อ ………………………………………………………………. ตำแหน่ง/เลขประกอบโรคศิลป์..................................การตอบรับคำปรึกษา < > ชะลอไว้ก่อน ………………………………………………………………………………. < > สามารถทำได้ ....................................................................................... < > อื่นๆ .....................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ลงชื่อ ..............................................แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา เลขประกอบโรคศิลป์ ..................................................  |
|  วันที่ ……………/…………………./………………….**1200px-MED_MSU.png ใบขอปรึกษาแพทย์ คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย …………………………………………………… อายุ ………………………………………………HN ………………………………ข้อมูลผู้ป่วยอย่างย่อ โรคประจำตัว…………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..การวินิจฉัย ................................................................................................................................................................................ขอเรียนปรึกษาแพทย์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อทำหัตถการทันตกรรม ………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ขอแสดงความนับถือ ลงชื่อ ………………………………………………………………. ตำแหน่ง/เลขประกอบโรคศิลป์..................................การตอบรับคำปรึกษา < > ชะลอไว้ก่อน ………………………………………………………………………………. < > สามารถทำได้ ....................................................................................... < > อื่นๆ .....................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ลงชื่อ ..............................................แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา เลขประกอบโรคศิลป์ .................................................. |
|  |

|  |
| --- |
|  วันที่ ……………../……………../…………………**1200px-MED_MSU.png ใบปรึกษา (Consultation Form) สถานพยาบาลภายนอก**ชื่อ-สกุล………………………………………………………….อายุ……………………………………..โรคประจำตัว…………………………………………รายละเอียดปัญหา /อาการสำคัญ...................................................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..การรักษาทีได้รับ < > แนบถ่ายภาพรังสีในช่องปาก ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….จึงเรียนมาเพื่อ < > ปรึกษา …………………………………………………………………………………………………………………………. < > ส่งต่อ ............................................................................................................................................. ด้วยความเคารพ ลงชื่อ ................................................................ เลขประกอบโรคศิลป์ ........................................คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 043021021 ต่อ 7759 |
|  วันที่ ……………../……………../…………………**1200px-MED_MSU.png ใบปรึกษา (Consultation Form) สถานพยาบาลภายนอก**ชื่อ-สกุล………………………………………………………….อายุ……………………………………..โรคประจำตัว…………………………………………รายละเอียดปัญหา /อาการสำคัญ...................................................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..การรักษาทีได้รับ < > แนบถ่ายภาพรังสีในช่องปาก ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….จึงเรียนมาเพื่อ < > ปรึกษา …………………………………………………………………………………………………………………………. < > ส่งต่อ ............................................................................................................................................. ด้วยความเคารพ ลงชื่อ ................................................................ เลขประกอบโรคศิลป์ ........................................คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 043021021 ต่อ 7759 |

|  |
| --- |
|  วัน ............./................./............**1200px-MED_MSU.png แผนการรักษาทางทันตกรรม**ชื่อ-สกุล …………………………………………………. อายุ ……………………………………………. HN………………………………………………….preparative treatment plan< > ถอนฟัน ซี่ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….< > อุดฟัน ซี่ .....................................................................................................................................................................< > ขูดหินน้ำลาย < > อื่นๆ ..............................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ผู้รักษา .................................................................. เลขประกอบโรคศิลป์ ............................................... ผู้ป่วย / ผู้ปกครอง / ญาติ …………………………………….. รับทราบ (…………………………………………………………………………….)คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 043021021 ต่อ 7759 |
|  วัน ............./................./............**1200px-MED_MSU.png แผนการรักษาทางทันตกรรม**ชื่อ-สกุล …………………………………………………. อายุ ……………………………………………. HN………………………………………………….preparative treatment plan< > ถอนฟัน ซี่ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….< > อุดฟัน ซี่ .....................................................................................................................................................................< > ขูดหินน้ำลาย < > อื่นๆ ..............................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ผู้รักษา .................................................................. เลขประกอบโรคศิลป์ ............................................... ผู้ป่วย / ผู้ปกครอง / ญาติ …………………………………….. รับทราบ (…………………………………………………………………………….)คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 043021021 ต่อ 7759 |