|  |
| --- |
| 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 คณะแพทยศาสตร์  มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 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 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 |
| 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 |