



ชื่อ - สกุล (Patient Name) : ..... เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN).....

อายุ (Age) : .....ปี เพศ  ชาย  หญิง เบอร์โทรติดต่อผู้ป่วย.....

แผนกส่งตรวจ  ER  OPD ห้องตรวจ.....เบอร์โทรติดต่อห้องตรวจ.....  Ward.....เตียง.....เบอร์โทรติดต่อ WARD.....

Patient Conscious  Good  Semi conscious  Unconscious  On Ventilator BP ..... LMP.....

ประวัติ / อาการสำคัญ ( Clinical History ).....

.....

.....

.....

.....

( Clinical Diagnosis ).....

### GENERAL XRAY

<p><b>CHEST</b></p> <p><input type="checkbox"/> Chest Upright  <input type="checkbox"/> Chest Supine  <input type="checkbox"/> Chest Portable  <input type="checkbox"/> Chest Lordotic  <input type="checkbox"/> Chest Spot.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chest Lateral  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chest Decubitus</p> <p>Other.....</p> <p><b>RIB</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ribs Trauma Series  (AP Expiration &amp; Both Oblique )</p> <p>Other.....</p> <p><b>ABDOMEN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Acute Abdomen Series  <input type="checkbox"/> Upright  <input type="checkbox"/> Supine  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lateral  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Decubitus  <input type="checkbox"/> KUB</p> <p>Other.....</p> <p><b>HIP &amp; Pelvis</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hip AP  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hip LAT  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hip FrogLeg</p> <p><input type="checkbox"/> Pelvis AP</p> <p>Other.....</p>	<p><b>SKULL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Skull AP  <input type="checkbox"/> Skull LAT  <input type="checkbox"/> Skull Water's View  <input type="checkbox"/> Skull Towne's View</p> <p>Other.....</p> <p><b>HEAD &amp; NECK</b></p> <p><input type="checkbox"/> Paranasal Sinus  <input type="checkbox"/> Orbits ( Intraocular FB) Series  (AP/ LAT &amp; Moving Eyeball AP/LAT)  <input type="checkbox"/> Orbits Trauma (AP / LAT )  <input type="checkbox"/> Neck AP / LAT  <input type="checkbox"/> Neck Soft Tissue ( LAT)</p> <p>Other.....</p> <p><b>SPINE</b></p> <p><input type="checkbox"/> C-Spine AP / LAT  <input type="checkbox"/> C-Spine Both Oblique  <input type="checkbox"/> C-Spine Flexion  <input type="checkbox"/> C-Spine Extension  <input type="checkbox"/> C-Spine Open Mouth  <input type="checkbox"/> T-Spine AP / LAT  <input type="checkbox"/> T-Spine AP / LAT Standing  <input type="checkbox"/> T-L Spine AP / LAT  <input type="checkbox"/> T-L Spine AP / LAT Standing  <input type="checkbox"/> L-S Spine AP / LAT  <input type="checkbox"/> L-S Spine AP / LAT Standing  <input type="checkbox"/> L-S Spine Flexion / Extension  <input type="checkbox"/> L-S Spine Flexion / Extension Standing  <input type="checkbox"/> L-S Spine Both Oblique  <input type="checkbox"/> Sacral AP / LAT  <input type="checkbox"/> Coccyx AP/ LAT</p> <p>Other .....</p>	<p><b>BONE &amp; JOINT</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Clavicle  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hand AP / Oblique  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hand LAT  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Finger.....AP / LAT  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wrist AP / LAT  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Forearm AP / LAT  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Elbow AP / LAT  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Humerus AP / LAT  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Shoulder AP / LAT  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Femur AP / LAT  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Knee AP / LAT  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Knee AP / LAT Standing  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patella AP / LAT  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patella Skyline View  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leg AP / LAT  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ankle AP / LAT  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ankle Mortise View  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Foot AP / Oblique</p> <p>Other.....</p> <p><b>FLUOROSCOPY</b></p> <p><input type="checkbox"/> Barium Swallowing  <input type="checkbox"/> Upper GI  <input type="checkbox"/> UGI With Small Bowel (Long GI)  <input type="checkbox"/> Barium Enema Double</p> <p><b>IVP</b></p> <p>BUN.....Creatinine.....  GFR.....เจาะเมื่อวันที่.....</p>
---	---	--

ลงชื่อ (Signature) .....(แพทย์ผู้ส่งตรวจ) เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....  
..... วันที่ส่งตรวจ.....

\*\* โปรดลงรายละเอียดประวัติผลการวินิจฉัยเบื้องต้นส่งคำขอตรวจให้ถูกต้องและครบถ้วน\*\*



ชื่อ - สกุล (Patient Name) : ..... เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN).....

อายุ (Age) : .....ปี เพศ  ชาย  หญิง เบอร์โทรติดต่อผู้ป่วย.....

แผนกส่งตรวจ  ER  OPD ห้องตรวจ.....เบอร์โทรติดต่อห้องตรวจ.....  Ward.....เตียง.....เบอร์โทรติดต่อ WARD.....

Patient Conscious  Good  Semi conscious  Unconscious  On Ventilator BP ..... LMP.....

ประวัติ / อาการสำคัญ ( Clinical History ).....

.....

.....

.....

.....

( Clinical Diagnosis ).....

ULTRASOUND		
<input type="checkbox"/> US Upper abdomen	<input type="checkbox"/> US Upper abdomen + Elastography	<input type="checkbox"/> US Whole abdomen
<input type="checkbox"/> US Lower abdomen	<input type="checkbox"/> US KUB	<input type="checkbox"/> US Breast
<input type="checkbox"/> US Thyroid	<input type="checkbox"/> US Neck	<input type="checkbox"/> US Scrotum
<input type="checkbox"/> US Salivary glands		
<input type="checkbox"/> US Doppler of (Organs).....		
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....		
MAMMOGRAM		
<b>Mammogram with Ultrasound</b>		
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....		
Bone Mineral Density		
<input type="checkbox"/> Screening ( Dual Femur & AP Lumbar Spine )		
<input type="checkbox"/> Forearm Scan		
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....		
ข้อมูลผู้ป่วย น้ำหนัก .....	กิโลกรัม	ส่วนสูง .....
		เซนติเมตร
หมดประจำเดือน	<input type="checkbox"/> YES	เมื่ออายุ .....
		<input type="checkbox"/> NO
ประวัติผ่าตัดกระดูกสันหลัง	<input type="checkbox"/> YES	
		<input type="checkbox"/> NO
ประวัติผ่าตัดข้อสะโพก	<input type="checkbox"/> YES	โปรดระบุข้าง.....
		<input type="checkbox"/> NO

ลงชื่อ (Signature) ..... (แพทย์ผู้ส่งตรวจ) เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

..... วันที่ส่งตรวจ.....

\*\* โปรดลงรายละเอียดประวัติผลการวินิจฉัยเบื้องต้นลงคำขอการตรวจให้ถูกต้องและครบถ้วน\*\*