



โรงพยาบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี

กลุ่มงานรังสีวิทยา โทร.(038) 351011 ต่อ 5005, 7126

นัดตรวจวันที่/...../.....

ชื่อ-นามสกุลอายุ.....ปี

H.N.แผนกที่ส่งตรวจ

เบอร์โทร.ผู้ป่วยสิทธิ์การรักษา

Request for Ultrasound

- Upper abdomen Lower abdomen/ Pelvis KUB Whole abdomen Breast
- Thyroid gland Neck node Testis/ Scrotum Brain Others.....
- Doppler Deep vein thrombosis ระบุข้าง..... Doppler Carotid artery (bilateral)

Clinical Diagnosis / Information

.....

.....

.....

Request by (Doctor) Date

(ประทับตรายาง)



โรงพยาบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี

กลุ่มงานรังสีวิทยา โทร.(038) 351011 ต่อ 5005, 7126

นัดตรวจวันที่/...../.....

ชื่อ-นามสกุลอายุ.....ปี

H.N.แผนกที่ส่งตรวจ

เบอร์โทร.ผู้ป่วยสิทธิ์การรักษา

Request for Ultrasound

- Upper abdomen Lower abdomen/ Pelvis KUB Whole abdomen Breast
- Thyroid gland Neck node Testis/ Scrotum Brain Others.....
- Doppler Deep vein thrombosis ระบุข้าง..... Doppler Carotid artery (bilateral)

Clinical Diagnosis / Information

.....

.....

.....

Request by (Doctor) Date

(ประทับตรายาง)