



โรงพยาบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี

กลุ่มงานรังสีวิทยา โทร.(038) 351011 ต่อ 5005, 7126

ชื่อ-นามสกุลอายุ.....ปี

H.N. แผนกที่ส่งตรวจ

เบอร์โทร.ผู้ป่วย.....สิทธิการรักษา

Request for Ultrasound

- ☐ UPPER ABDOMEN ☐ LOWER ABDOMEN/ KUB ☐ WHOLE ABDOMEN
- ☐ THYROID/ NECK ☐ BREAST ☐ TESTIS ☐ BRAIN ☐ OTHERS
- ☐ DOPLLER VEIN ระบุข้าง..... ☐ DOPLLER CAROTID ARTERY

Clinical Diagnosis / Information

.....

.....

.....

Request by (Doctor) Date

(ประทับตรายาง)



โรงพยาบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี

กลุ่มงานรังสีวิทยา โทร.(038) 351011 ต่อ 5005, 7126

ชื่อ-นามสกุลอายุ.....ปี

H.N. แผนกที่ส่งตรวจ

เบอร์โทร.ผู้ป่วย.....สิทธิการรักษา

Request for Ultrasound

- ☐ UPPER ABDOMEN ☐ LOWER ABDOMEN/ KUB ☐ WHOLE ABDOMEN
- ☐ THYROID/ NECK ☐ BREAST ☐ TESTIS ☐ BRAIN ☐ OTHERS
- ☐ DOPLLER VEIN ระบุข้าง..... ☐ DOPLLER CAROTID ARTERY

Clinical Diagnosis / Information

.....

.....

.....

Request by (Doctor) Date

(ประทับตรายาง)