

ใบรับรองแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง

ที่อยู่ 188/36 หมู่ 6 ตำบลทุ่งสุขลา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

แพทย์ผู้ตรวจชื่อ

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่

ได้ทำการตรวจรักษา (นาย,นาง,นางสาว).....

เมื่อวันที่ เวลา น. ถึงวันที่ เวลา น.

อาการเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษ

ปรากฏว่าเป็นโรค

การรักษาในห้อง ICU () ไม่มี () มี

- ถ้ามี ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่ เวลา น.

การผ่าตัดใหญ่ () ไม่มี () มี

- ถ้ามี ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด () เกิน 2 ชั่วโมง () ไม่เกิน 1 ชั่วโมง
() เกิน 1 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง

การช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardio Pulmonary Resucitation – CPR) () ไม่มี () มี

การวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ () ไม่มี () มี

X – Ray () ไม่มี () มี

ตรวจวินิจฉัยพิเศษ 1. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG , ECG) () ไม่มี () มี

2. ตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง () ไม่มี () มี

3. ตรวจคลื่นสมอง (EEG) () ไม่มี () มี

4. ตรวจ Ultrasound () ไม่มี () มี

5. สอนเส้นเลือดหัวใจและเอ็กซเรย์ (CAG) () ไม่มี () มี

6.ส่องกล้อง(Endoscopy ยกเว้น Proctoscopy) () ไม่มี () มี

7. ตรวจ Intravenous Pyelography (IVP) () ไม่มี () มี

การทำ CT Scan () ไม่มี () มี / การทำ MRI () ไม่มี () มี

- ถ้ามี () ภายหลังการตรวจด้วย CT Scan,MRI แล้วมีการผ่าตัดสมองทันทีหรือถึงแก่ความตายหลังการตรวจ

() เพื่อวินิจฉัยว่ามีเส้นโลหิตในสมองแตกหรืออุดตัน ระบุอาการ

() ตรวจเพื่อการผ่าตัดกระดูกสันหลัง หรือ ไช้สันหลัง

หัตถการจากแพทย์ () ไม่มี () มี ถ้ามี ระบุ

การส่งตัวเพื่อไปตรวจรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น () ไม่มี () มี

- ถ้ามี ส่งไปยังโรงพยาบาล เมื่อวันที่

ควรหยุดพักงาน วัน ตั้งแต่วันที่ ใบรับรองนี้ออกให้เมื่อวันที่

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจ