

EXPORT

แบบฟอร์มขอรับผลการตรวจทางรังสีโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์

HN : ชื่อ-สกุล (ผู้ป่วย)

แผนกส่งตรวจ

รายละเอียดของการตรวจที่ต้องการ (วันที่/ชื่อการตรวจ)

ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4

รูปแบบของการรับผล

Cloud

CD

เหตุผลการขอรับผล

ผู้ป่วยขอรับผลกลับ/ย้ายโรงพยาบาล (โปรดระบุ)

แพทย์เจ้าของไข้ต้องการดูฟิล์ม เนื่องจาก

แพทย์ต้องการข้อมูลสำหรับงานการศึกษา / งานวิจัย

อื่นๆ (โปรดระบุ)

รายละเอียดผู้ขอรับข้อมูลการตรวจทางรังสี

ผู้ป่วย /ญาติ

แพทย์เจ้าของไข้

(กรุณากรอกชื่อ-สกุล ตัวบรรจง)

หน่วยงาน

วัน - เวลา