



HN ชื่อ - นามสกุล อายุ

สิทธิการรักษา หนังสือส่งตัวหมดอายุ

นัดให้มาวันที่ เวลา ผู้ออกใบนัด

พบแพทย์ เหตุผลการนัด ผู้เลื่อนนัด

รายการ Lab ครึ่งต่อไป

รายการ X-ray ครึ่งต่อไป

รายการนัดหัตถการครึ่งต่อไป

หมายเหตุ

การปฏิบัติตัว

นัดเพื่อตรวจวินิจฉัยทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Bone Scan)

1. นำ Film / CD ทุกชนิด พร้อมผลอ่านมากับผู้ป่วยในวันนัด

2. นำยา โรคประจำตัวหรือยาที่รับประทานประจำมาด้วย

3. การปฏิบัติตามเอกสารแนบ

4. ห้ามพาเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และหญิงมีครรภ์มาในโรงพยาบาล

5. ห้ามทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ภายใน 7 วัน ก่อนทำ Bone Scan

ลำดับ การรับบริการ ก่อนพบแพทย์	กิจกรรมและจุดให้บริการ	ลำดับการรับบริการ หลังพบแพทย์	ข้อมูลสำหรับพยาบาลคัดกรอง
		รอบที่ 1	
	1. จุดคัดกรอง		เวลา น.
	2. จุดผู้ป่วยนัด / เวชระเบียน		BP..... P R O2sat.....
	ห้องการเงิน		BP..... P R O2sat.....
	ห้องเจาะเลือดผู้ป่วยนอก / ห้องปฏิบัติการชั้น 3 อาคารเวชศาสตร์นิวเคลียร์		BP..... P R O2sat.....
	ห้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ		เคยรักษาโดยการฝังแร่แบบถาวรหรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย
	ห้องเอ็กซเรย์		
	() อาคารผู้ป่วยนอก () ลงภาพเอ็กซเรย์		ระดับความปวด.....
	() นัดคิว		
	() อาคารวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษ () เอ็กซเรย์อัตร้าชาวด์		ประเมิน SOFA YES NO COMA SCORE < 15 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RR > 22 ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Systolic BP < 100 mmHg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	เคาร์เตอร์พยาบาล () คลินิกคัดกรองสุขภาพ		
	() คลินิกเฉพาะทางผู้ป่วยนอก		ถ้าเข้าเกณฑ์ 2/3 ส่งรายงานแพทย์
	พบแพทย์ห้องตรวจ		
	ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก	 ผู้ประเมิน
	ห้องส่งตรวจพิเศษ ห้องผ่าตัด		
	คลินิกรังสีรักษา () พยาบาล () ห้องฉีดเส้นจำลองภาพ		(ใบนัดสำเนา จากศูนย์ส่งต่อ รพศ.ชร) โทร 053-600315 หรือ 053-910600 ต่อ 7017 Line ID : crhrefer
	() ห้องใส่แร่ () ห้องฉาย		
	คลินิกเคมีบำบัด		
	เวชศาสตร์นิวเคลียร์		
	ทันตกรรม		
	ห้องสังเกตอาการ		
	กลับบ้าน		
	กายภาพบำบัด / พยาบาลประคับประคอง		
	หอผู้ป่วย		

