

แบบบันทึกประวัติทั่วไป

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ หญิง ชาย

วัน เดือน ปี เกิด น้ำหนัก kg. ส่วนสูง.....cm.

ที่อยู่

โทรศัพท์.....อี-เมลล์

อาชีพ

โรคประจำตัว

.....
.....

ประวัติการแพ้ยา / อาหาร

.....
.....
.....

อาการสำคัญ

.....
.....

อื่นๆ

.....
.....
.....
.....
.....

แบบบันทึกการรักษา

ชื่อ – สกุล..... น้ำหนัก kg.

แพทย์เจ้าของคนไข้

ผลการตรวจเลือด

Lab	วันที่..... ผลเลือด	วันที่..... ผลเลือด	วันที่..... ผลเลือด	วันที่..... ผลเลือด

แบบประเมิน / การตรวจวัด

ชื่อ - สกุล..... น้ำหนัก kg.

แพทย์เจ้าของคนไข้

การตรวจวัด	1	2	3	4	5
Time					
B.P.					
P					
Other :					
Remark					

