



แบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเด็กโรคต่อมไร้ท่อ ของ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (06)

วันที่ขอส่งต่อ..... เดือน..... ปี 255..... เวลา.....  
 ชื่อแพทย์ที่ขอส่งต่อ.....ตำแหน่ง.....  
 โรงพยาบาล.....โทรศัพท์.....  
 เหตุผลการส่งต่อ.....  
 (สำหรับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ขอส่งต่อ)

วันที่คาดว่าจะมาถึง...../...../.....เวลา.....  
 ชื่อแพทย์ผู้รับ.....ตำแหน่ง.....  
 หอผู้ป่วย.....  
 โทรศัพท์.....  
 (สำหรับเจ้าหน้าที่ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน น้ำหนัก..... kgs

อายุต่ำกว่า/เท่ากับ 2 ปี ระบุ ส่วนสูง/ความยาว.....cms

ใช้สิทธิ์  บัตรประกันสุขภาพ  ข้าราชการ  จ่ายเงินเอง  อื่น ๆ (ระบุ).....

อาการสำคัญ/ประวัติเจ็บป่วยโดยย่อ.....  
 .....  
 .....

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

การตรวจร่างกาย.....  
 .....  
 .....

Labที่สำคัญ.....  
 .....  
 .....

การรักษาที่ได้รับมาก่อน.....  
 .....  
 .....

การรักษาที่ได้รับในขณะนี้.....  
 .....  
 .....

ข้อมูลสถานะผู้ป่วยปัจจุบัน T.....C° P.....ครั้ง/นาที R.....ครั้ง/นาที BP.....mmHg O<sub>2</sub>sat.....%

ไม่ให้ O<sub>2</sub>  ให้O<sub>2</sub>.....  ใส่ท่อช่วยหายใจ.....

ข้อมูลเฉพาะโรคต่อมไร้ท่อ ได้แก่ Short stature,Precocious puberty,Obesity

ประวัติน้ำหนัก ส่วนสูงในอดีตของเด็ก.....  
 .....  
 .....

ส่วนสูงของบิดา.....cms ส่วนสูงของมารดา..... cms

ที่อยู่ของผู้ป่วยจริง.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....