

## แบบฟอร์มบันทึกประวัติผู้ป่วยล้มศีรษะเคมี

ชื่อ - สกุล..... HN..... AN.....

เลขที่บัตรประชาชน.....

เพศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....ประเภทผู้ป่วย.....อาชีพ.....

ที่อยู่(บ้าน) เลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

ที่อยู่(ทำงาน) ชื่อบริษัท.....ประเภทกิจการ.....

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

เลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

วันที่เข้าทำการรักษา.....หน่วยงาน.....

admitted ที่หน่วยงาน.....

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลในครั้ง

นี้.....

.....

ล้มศีรษะเคมีทาง  ปาก ระบุ..... ศีรษะ ระบุ..... หายใจ ระบุ.....รายละเอียดของการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย  ใช้ คือ..... ไม่ใช้ เพราะ.....

.....

รายละเอียดของการรักษา.....

.....

การได้รับยาต้านพิษ  1. ได้รับยาต้านพิษ คือ..... 2. ไม่ได้ยาต้านพิษ เพราะ.....ปัจจัยที่คาดว่าจะสาเหตุการป่วย  1. อุบัติเหตุ  2. โคนทำร้ายร่างกาย 3. ทำร้ายร่างกายตนเอง  4. จากการประกอบอาชีพ 5. จากสิ่งแวดล้อม  6. อื่น ๆ.....

นัดพบแพทย์ที่คลินิกอชีวเวชศาสตร์หลังจากจำหน่าย 3 วัน คือ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

ก่อนพบแพทย์อชีวเวชศาสตร์ โปรดเตรียม  เอ็กซเรย์  ตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือด.....  อื่น ๆ.....

โปรดส่งคืนแบบฟอร์มที่กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอชีวเวชศาสตร์ฯ โทร. 1658,1659