

วันที่ขอปรึกษา.....เวลา.....น. ( ) ค่ำน ( ) ไม่ค่ำน

เรียน.....

ประวัติการตรวจร่างกาย/ การรักษา/ ผลการรักษาโดยย่อและปัญหาที่ขอปรึกษา

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ขอปรึกษา  
(.....)

ผลการตรวจเพิ่มเติม/ วินิจฉัย/ ความคิดเห็น/ แผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์ผู้รับปรึกษา

วันที่รับปรึกษา.....เวลา.....น.

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รับปรึกษา  
(.....)