



โรงพยาบาลกุมภาวปี  
KUMPHAWAPI HOSPITAL

ใบประสานงานเพื่อขอรับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง(Echocardiogram)  
ห้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โรงพยาบาลกุมภาวปี  
โทรศัพท์ 089-4486645 หรือ 042-334412 ต่อ 7123 เวลา 08.00-16.00น.

โรงพยาบาล .....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

สิทธิผู้ป่วย  บัตรทอง  เบิกได้  ชำระเงิน  อื่นๆ

เพื่อขอรับการตรวจดังนี้

Transthoracic Echocardiography (TTE)  
อื่น ๆ ระบุ.....

กรณีเร่งด่วน Staff Cardiologist ที่รับ Consult

ประสานงานทางโทรศัพท์

ว/ด/ป.....เวลา.....น  
ผู้ประสานงาน.....  
ผู้รับประสานงาน.....  
.....  
ได้วันนัดวันที่.....เวลา.....น.

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี  
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

Clinical

Diagnosis

Clinical History

Physical

Examination

Past History

เคยได้รับการผ่าตัดหัวใจ  ไม่เคย  เคย เมื่อ.....ที่.....  
Previous Echo ภายใน 6 เดือน  ไม่เคย  เคย เมื่อ.....ที่.....

Investigate

CXR  Normal  Abnormal.....

EKG  Normal  Abnormal.....

LAB ทั้งหมดที่ รพช. ตรวจ

มีอุปกรณ์สำคัญ  มี ระบุ.....  ไม่มี

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ขอส่งตรวจ

วันที่...../...../.....