

แบบการขอปรึกษา
ภาควิชาวิทยาภูมิคุ้มกัน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

รหัสแบบฟอร์ม : IM-02-3-008-F2-00

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....เพศ.....
หน่วยส่งตรวจ.....
แพทย์ผู้ขอส่งตรวจ.....
วันที่ขอปรึกษา.....เวลา.....น.
เบอร์โทร/ Email ที่ให้ติดต่อกลับ.....

ประวัติ การตรวจร่างกาย และการสืบค้นอย่างสังเขป

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

การวินิจฉัยเบื้องต้น/โรคที่สงสัย.....

มีการติดเชื้อหรือไม่ ☐ไม่มี ☐มี เชื้อ.....

มีประวัติการปลูกถ่ายไขกระดูกหรือไม่ ☐ไม่มี ☐มี นานเท่าไร.....

วัตถุประสงค์ในการขอปรึกษา.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)