

โครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

เลขที่.....

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ที่อยู่ หลังออกจากโรงพยาบาล ที่อยู่เดิม ที่อื่น ระบุ.....

สถานที่สำคัญใกล้เคียง.....

(รูปแผนที่บ้าน)

ใบนินยอมเข้ารับบริการโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ข้าพเจ้า (นาย , นาง , น.ส.).....

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....ได้รับทราบเกี่ยวกับการใช้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
ของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่แล้ว และประสงค์จะเข้ารับบริการดังกล่าวโดยการบริการ
จะสิ้นสุดเมื่อผู้ให้บริการเห็นสมควร หรือเมื่อข้าพเจ้าไม่ต้องการ

ลงนาม.....ผู้รับบริการ / ญาติ

ลงนาม.....พยาบาล

(.....)

(.....)

โครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

เลขที่.....

ใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....AN.....

วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี.....หอผู้ป่วย.....

การวินิจฉัยโรคแรกรับ.....

แพทย์ผู้ให้การรักษา.....

สรุปอาการเจ็บป่วยที่อยู่โรงพยาบาลและการรักษาที่ได้รับ

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

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย / ญาติก่อนกลับบ้าน

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

ส่งต่อผู้ป่วย	เข้าโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน	วันที่.....	ผู้ส่งต่อ.....
			ตำแหน่ง.....
รับผู้ป่วย	เข้าโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน	วันที่.....	ผู้รับ.....
		เวลาที่รับ.....	ตำแหน่ง.....