



โรงพยาบาลศิริราช สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
 เลขที่ ๒๐ ซอยอ่อนนุช ๙๐ ถนนอ่อนนุช แขวงประเวศ เขตประเวศ กรุงเทพฯ ๑๐๒๕๐ โทร.๐๒-๓๒๘๖๙๐๐-๑๙ FAX: ๐๒-๓๒๘๖๙๒๐

ใบปรึกษาระหว่างแผนก รพ.ศิริราช

To: เวชกรรมฟื้นฟู From: _____

เพื่อขอเชิญร่วมรักษาในกรณี _____

ชื่อผู้ป่วย _____ อายุ _____ เพศ _____

HN _____ AN _____ WARD _____ เตียง _____

วันที่ปรึกษา _____ เวลา _____

History & Physical examination: _____

Laboratory investigation: _____

กลุ่มโรคในระบบ IMC

วินิจฉัยโรคอื่นๆ

<input type="checkbox"/> Ischemic Stroke
<input type="checkbox"/> Hemorrhagic Stroke
<input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury
<input type="checkbox"/> Spinal Cord Injury
Consult REHAB
<input type="radio"/> NeuroRehab Programs
<input type="radio"/> Swallowing evaluation (สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยมีปัญหาการกลืน)
<input type="radio"/> ขอโปรแกรมเร็ว (Plan D/Cวันนี้) โปรดระบุโปรแกรมขอเร็ว
<input type="radio"/> Exercise <input type="radio"/> Chest
<input type="radio"/> Ambulation

<input type="checkbox"/> Initial Diagnosis:		
Consultation		
<input type="checkbox"/> ภาวะภาพบำบัด (PT)	<input type="checkbox"/> กิจกรรมบำบัด (OT)	<input type="checkbox"/> ภาวะอุปกรณ์ (PO)
<input type="radio"/> Chest	<input type="radio"/> Swallowing/Feeding	<input type="radio"/> AFO
<input type="radio"/> Exercise	<input type="radio"/> Cognitive	<input type="radio"/> Jewett brace
<input type="radio"/> Ambulation	<input type="radio"/> Pre-speech	<input type="radio"/> Taylor brace
<input type="radio"/> Other.....	<input type="radio"/> Hand Function	<input type="radio"/> LS support
<input type="checkbox"/> แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	<input type="radio"/> ADL training	<input type="radio"/> Body jacket
ระบุ.....	<input type="radio"/> Splint.....	<input type="radio"/> Boston brace
.....	<input type="radio"/> Other.....

ลงชื่อแพทย์.....

Consultation Note วันที่ _____ เวลา _____

ลงชื่อ.....

Consultation Note วันที่ _____ เวลา _____

มีรายละเอียดต่อต้านหลัง

ลงชื่อ.....