

ใบนัดตรวจ



ชื่อ - นามสกุล

HN

วันนัด

นัดตรวจที่

ตรวจกับแพทย์

สาเหตุการนัด

โรงพยาบาลสิรินธร

20 ซ.อ่อนนุช 90 แขวงประเวศ เขตประเวศ กรุงเทพฯ



***** กรุณานำยาเดิมมาด้วยทุกครั้ง *****
****เปลี่ยนแปลงข้อมูลติดต่อกรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่****

ขั้นตอนการตรวจ 1. ตรวจสอบสิทธิที่เวชระเบียน 2. ติดต่อที่แผนกที่ตรวจ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> เจาะเลือด..... | <input type="checkbox"/> เอ็กซเรย์..... |
| <input type="checkbox"/> งดอาหาร,น้ำ,ยา หลังเที่ยงคืน | <input type="checkbox"/> ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ |
| <input type="checkbox"/> งดอาหาร,น้ำ,ยา หลัง 20.00 น. | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ |

**** ถ้าต้องการเลื่อนนัด**** กรุณาโทรเลื่อนนัด ในวันราชการเวลา 13.30-15.00 ที่เบอร์ 02-3286902 ต่อ หน่วยงานที่นัดตรวจ