



เข้า – บ่าย นัดวันที่...../...../.....

ส่งตรวจอัลตราซาวด์ แผนกเอ็กซเรย์

โรงพยาบาลสมุทรสาคร โทร 053-921199 ต่อ 240 วันที่ส่ง.....

ชื่อผู้ป่วย.....H.N.....

นัดจากแผนก

ส่วนที่ต้องการตรวจ

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ ER | ☐ Upper abdomen | ☐ Whole abdomen |
| ☐ OPD | ☐ KUB | (Abd+Pelvic Cavity) |
| ☐ Ward / รพ..... | ☐ Thyroid gland | ☐ Lower abdomen |
| ☐ ความเร่งด่วน | ☐ Breast | ☐ Carotid artery |
| ☐ Emergency case | ☐ Testis | ☐ Neonatal head |
| ☐ Urgent case | ☐ DVT Upper extremity ☐ Left ☐ Right | ☐ DVT Leg ☐ Left ☐ Right |
| ☐ Non Urgent case | Other..... | |

อาการสำคัญ.....

.....

.....

.....

Impression.....

แพทย์.....ผู้ส่งตรวจ