



สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 โทร 0 24422500

ใบรับรองแพทย์

แพทย์ผู้ตรวจชื่อ.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....

ได้ทำการตรวจรักษา นาย/นาง/นางสาว

ตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น. ถึงวันที่..... เวลา

ปรากฏว่าเป็นโรค.....

การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ มี ไม่มี

ถ้ามี ระบุ 1.

2.

3.

หัตถการจากแพทย์ มี ไม่มี

ถ้ามี ระบุ 1.

2.

3.

การรักษาในห้อง ICU มี ไม่มี

ถ้ามี ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....

CT Scan มี ไม่มี

ถ้ามี ระบุ

การส่งตัวผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่สถานพยาบาลอื่น มี ไม่มี

ถ้ามี ส่งไปยัง โรงพยาบาลวันที่.....

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ แพทย์ผู้รักษา

(.....)

