

ประเภทผู้ป่วยนอก แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก / อุบัติเหตุ - อุกเหตุน

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	HN	ห้องตรวจ	Dx	พ.เจ้าของไข้	ว.ต.ป.ที่ตรวจ	จำนวนวันรวม	หมายเหตุ
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

.....
(.....)
หัวหน้าหอผู้ป่วย
...../...../.....