

<b>SRINAGARIND HOSPITAL</b> <b>FACULTY OF MEDICINE</b> <b>KHONKAEN UNIVERSITY</b>	AN.....HN.....	Ward.....Bed.....Page.....
	ชื่อ.....สกุล.....	Department.....
<b>NURSE'S NOTE</b>	เพศ.....อายุ.....ปี	Diagnosis.....

วันที่/เวร/เวลา	TREATMENT & MEDICATION						NURSE'S NOTE
	T	P	R	BP			
							ผู้ป่วยย้ายไปหอผู้ป่วย.....เวลา.....น
							ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วย
							<input type="checkbox"/> ให้ผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ให้เนื่องจาก.....
							สาเหตุการย้าย
							<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยต้องการ เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> แพทย์ต้องการ เนื่องจาก.....
							ส่งอาการผู้ป่วยให้พยาบาลหอผู้ป่วยที่ย้ายไปรับทราบเวลา.....น
							เคลื่อนย้ายโดย
							<input type="checkbox"/> เดินไปเอง <input type="checkbox"/> รถนั่ง <input type="checkbox"/> รถนอน
							ผู้นำส่ง
							<input type="checkbox"/> แพทย์/นักศึกษาแพทย์ <input type="checkbox"/> พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/> พนักงานแปล
							สภาพ/อาการผู้ป่วยก่อนย้าย.....
							.....
							สิ่งที่ส่งมากับผู้ป่วย
							<input type="checkbox"/> Chart / Kardex <input type="checkbox"/> Film <input type="checkbox"/> ยา <input type="checkbox"/> การ์ดยา <input type="checkbox"/> ใบรับรองสิทธิ
							<input type="checkbox"/> อื่นๆ