

โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

ชื่อ-สกุล :

อายุ ปี

HN

เลขบัตรประชาชน :

ที่อยู่ :

วันที่

เวลาขึ้นบัตร

แพทย์

สิทธิการรักษา :

หน่วยที่รับบริการ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ER)

○ ทำแผล _____

○ ตัดไหม _____

○ ฉีดยา _____

○ ฉีดวัคซีน _____

○ อื่น ๆ _____

นัดครั้งต่อไป _____