



สภาาชาตไทย
The Thai Red Cross Society

วันที่จองตา _____

ใบตรวจเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการปลูกถ่ายกระจกตา

โรงพยาบาล : _____

วันที่ส่งตรวจ : _____

ผู้ป่วยชื่อ : _____ อายุ _____ H.N. _____

ประวัติการเจ็บป่วยโรคอื่น(ถ้ามี) : _____

ไม่ได้กินยา ASA

กินยา ASA หยุดยาเมื่อ _____

สิทธิการรักษาพยาบาล :

บัตรประกันสุขภาพ ราชการ (กรมบัญชีกลาง กทม. อปท.)

รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม กองทุนทดแทน อื่นๆ _____

เบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยที่ติดต่อได้ : _____

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ : _____ เบอร์โทร. _____

ชื่อแพทย์ผู้ทำผ่าตัด : _____ เบอร์โทร. _____

Diagnosis: _____

Operation : _____ RE LE

ผลการตรวจ

- VA RE _____ LE _____

- LENS RE _____ LE _____

- ไม่พร้อมทำผ่าตัด เนื่องจาก : _____

- ยกเลิก เนื่องจาก : _____

หมายเหตุ : ช่วยกรอกข้อมูลให้ละเอียดครบถ้วนก่อนจัดส่งศูนย์ดวงตา เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย