



งานรังสีวิทยา Radiology Department
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
Naresuan University Hospital.

(สำหรับคนKey)วันที่ Key Order.....
วันที่ X-Ray.....

ชื่อ-สกุล : H.N.....

อายุ :ปี เพศ.....

หน่วย/งาน.....

Tel No ภายใน..... Tel No มือถือ.....

LMP (ประจำเดือนครั้งสุดท้าย)

ข้อมูลการตั้งครรภ์ ปฏิเสธการตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์.....เดือน ไม่แน่ใจ

FILM.....CHEST.....

FILM REPORT :

PHYSICIAN :

MD. Signature.....

อาจารย์แพทย์ (.....)

RADIOLOGY DEPARTMENT



งานรังสีวิทยา Radiology Department
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
Naresuan University Hospital.

(สำหรับคนKey)วันที่ Key Order.....
วันที่ X-Ray.....

ชื่อ-สกุล : H.N.....

อายุ :ปี เพศ.....

หน่วย/งาน.....

Tel No ภายใน..... Tel No มือถือ.....

LMP (ประจำเดือนครั้งสุดท้าย)

ข้อมูลการตั้งครรภ์ ปฏิเสธการตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์.....เดือน ไม่แน่ใจ

FILM.....CHEST.....

FILM REPORT :

PHYSICIAN :

MD. Signature.....

อาจารย์แพทย์ (.....)

RADIOLOGY DEPARTMENT