

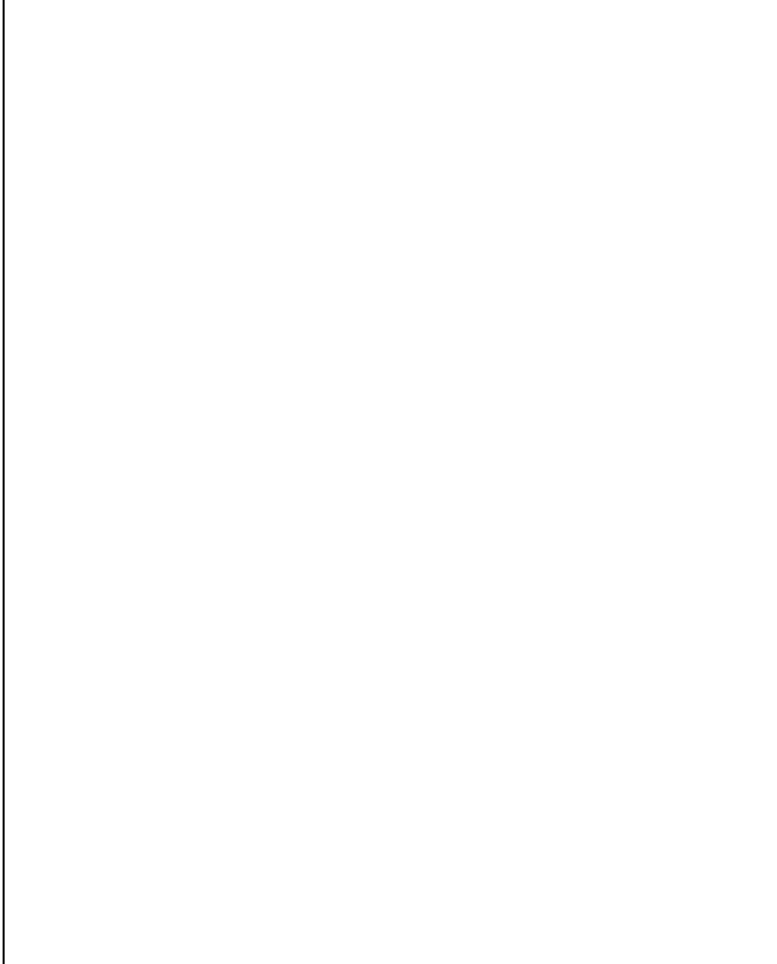


แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยมายังศูนย์สมเด็จพระเทพรัตนฯ [www.craniofacial.or.th](http://www.craniofacial.or.th) โทร 02 256 4330

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... อายุ..... ปี จังหวัด.....

โรค..... (อ้างอิงตามสมุดคู่มือตัวอย่างภาพผู้ป่วย ฯ)

รูปผู้ป่วย (ปัจจุบัน)



ที่อยู่ผู้ป่วยที่ทางศูนย์ฯ สามารถส่งเอกสารติดต่อได้

บ้านเลขที่..... หมู่.....

ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อญาติ.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย(ระบุ).....

ปัญหาและสภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน (ที่ต้องการให้ศูนย์ฯ  
ดำเนินการรักษาแก้ไขต่อ).....

### ข้อมูลเจ้าหน้าที่/หน่วยงาน

ชื่อผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานที่ทางศูนย์ฯ สามารถติดต่อประสานงานได้

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

Email: .....