

Medication Reconciliation (ปรับปรุง 1 มีค 2562)

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN..... เลขบัตรประชาชน

ตึกผู้ป่วย OPD 1ก 1ข 4ก 4ข 2ก บำบัด แสงอรุณ ตะวันฉาย ชีวิตใหม่ วันที่บันทึก...../...../.....

นำยามาด้วย ทั้งหมด บางส่วน ไม่ได้นำมา ส่งเภสัชกรติดต่อประสานขอข้อมูล

ยาเดิมรับจาก โรงพยาบาล..... คลินิก..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ประวัติรับยาล่าสุดวันที่...../...../..... Diagnosisล่าสุดจากรพ.เดิม.....

No.	ชื่อยา,อาหารเสริม,สมุนไพร วิธีใช้,จำนวนที่ยาได้รับ	เวลาที่ ใช้ยา ล่าสุด	ใช้ต่อ	เปลี่ยนแปล	Holdยา	หยุดยา	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

แพทย์.....ลงชื่อ/พยาบาล.....ลงชื่อ/เภสัชกร.....ลงชื่อ

Medication Reconciliation (ปรับปรุง 1 มีค 2562)

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN..... เลขบัตรประชาชน

ตึกผู้ป่วย OPD 1ก 1ข 4ก 4ข 2ก บำบัด แสงอรุณ ตะวันฉาย ชีวิตใหม่ วันที่บันทึก...../...../.....

นำยามาด้วย ทั้งหมด บางส่วน ไม่ได้นำมา ส่งเภสัชกรติดต่อประสานขอข้อมูล

ยาเดิมรับจาก โรงพยาบาล..... คลินิก..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ประวัติรับยาล่าสุดวันที่...../...../..... Diagnosisล่าสุดจากรพ.เดิม.....

No.	ชื่อยา,อาหารเสริม,สมุนไพร วิธีใช้,จำนวนที่ยาได้รับ	เวลาที่ ใช้ยา ล่าสุด	ใช้ต่อ	เปลี่ยนแปล	Holdยา	หยุดยา	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

แพทย์.....ลงชื่อ/พยาบาล.....ลงชื่อ/เภสัชกร.....ลงชื่อ

