



ใบปรึกษากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

โรงพยาบาลศิริราช สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

เลขที่ 20 ซอยอ่อนนุช 90 ถนนอ่อนนุช แขวงประเวศ เขตประเวศ กรุงเทพฯ 10250

ชื่อ _____ สกุล _____ HN _____

Dx. _____

Contra indication _____

Consult for

PM&R Medicine

Dry needling

Shock wave therapy

ประเมินความพิการ

อื่น ๆ _____

PT (กายภาพบำบัด)

OT (กิจกรรมบำบัด)

Hand Function Cognitive

Swallow/Feeding ADL

Pre-Speech Fine motor

Developmental Splint

PO (กายอุปกรณ์)

Jewett brace

Taylor brace

LS support

AFO. Insole

Other _____

ลงชื่อแพทย์ผู้ Consult _____

วันที่ Consult _____

FM-REH01-GEN12:Rev.00

เริ่มใช้วันที่ 09-12-62



ใบปรึกษากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

โรงพยาบาลศิริราช สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

เลขที่ 20 ซอยอ่อนนุช 90 ถนนอ่อนนุช แขวงประเวศ เขตประเวศ กรุงเทพฯ 10250

ชื่อ _____ สกุล _____ HN _____

Dx. _____

Contra indication _____

Consult for

PM&R Medicine

Dry needling

Shock wave therapy

ประเมินความพิการ

อื่น ๆ _____

PT (กายภาพบำบัด)

OT (กิจกรรมบำบัด)

Hand Function Cognitive

Swallow/Feeding ADL

Pre-Speech Fine motor

Developmental Splint

PO (กายอุปกรณ์)

Jewett brace

Taylor brace

LS support

AFO. Insole

Other _____

ลงชื่อแพทย์ผู้ Consult _____

วันที่ Consult _____

FM-REH01-GEN12:Rev.00

เริ่มใช้วันที่ 09-12-62