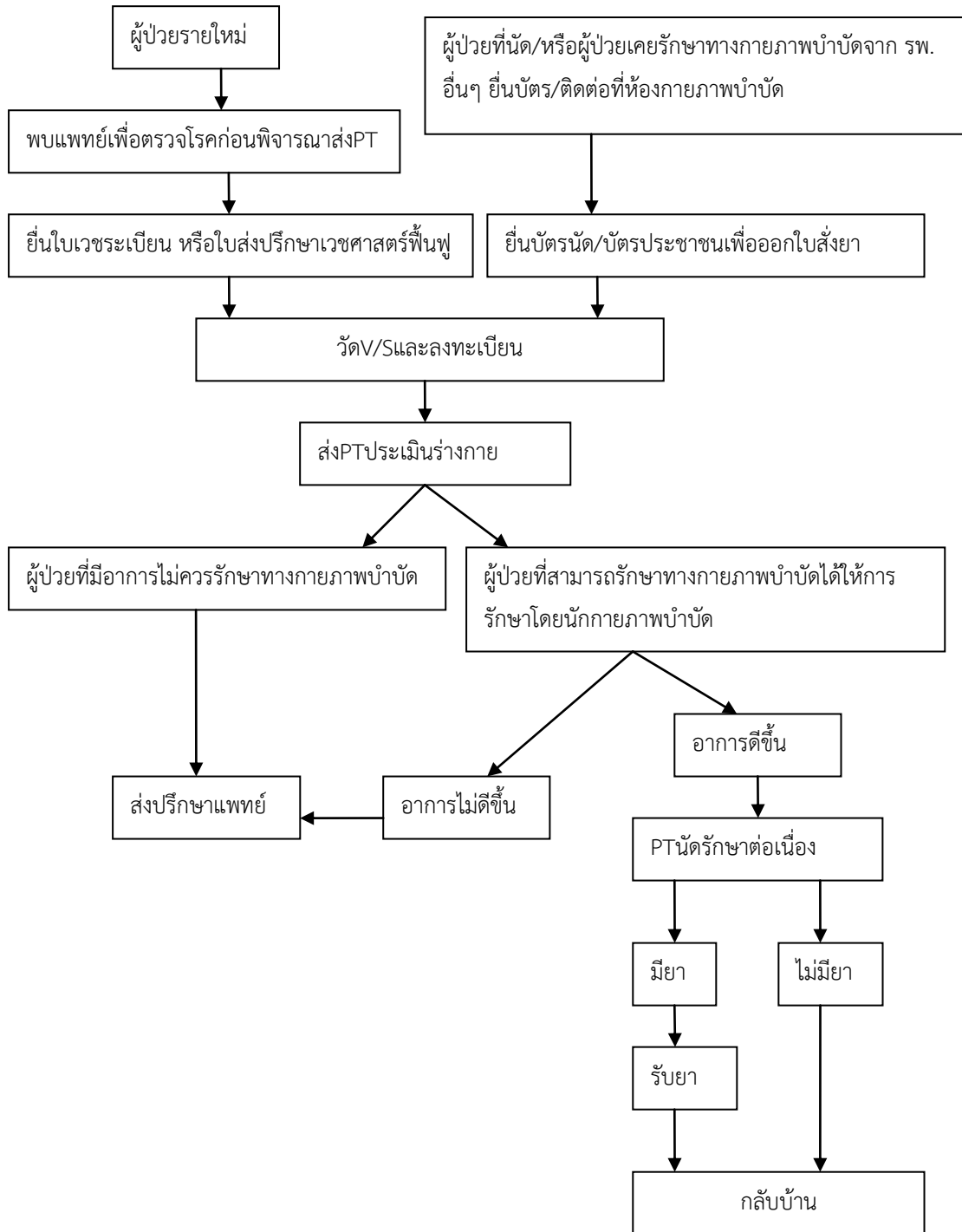
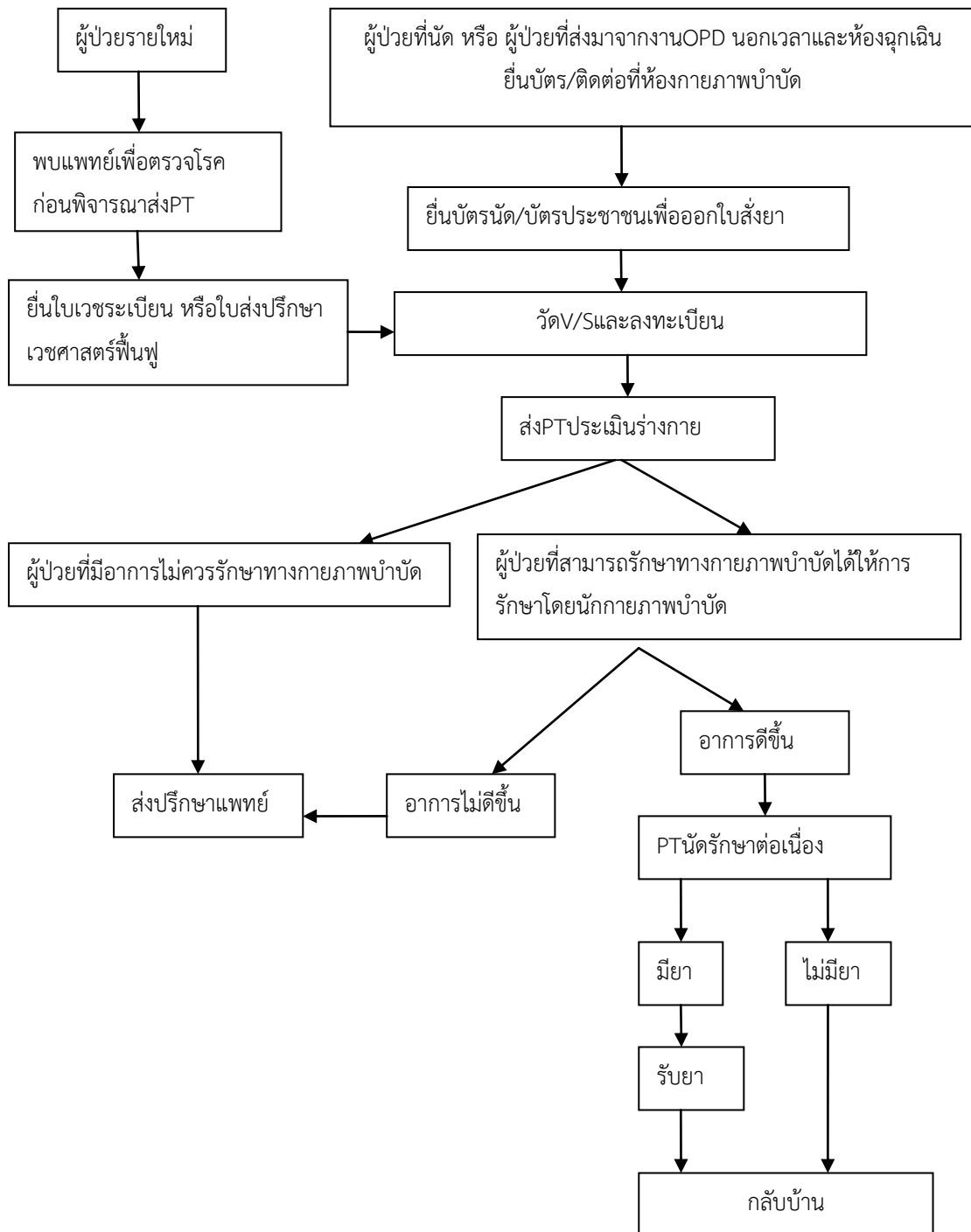


ขั้นตอนการให้บริการทางกายภาพบำบัด กรณี ผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ  
 เวลาให้บริการ เช้า 8.30-12.00 บ่าย 13.00-16.30 น



ขั้นตอนการให้บริการทางกายภาพบำบัด กรณี ผู้ป่วยนอก นอกเวลาราชการ  
 วันจันทร์-วันศุกร์ เวลาให้บริการ 16.30 น - 20.30 น  
 วันเสาร์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลาให้บริการ เช้า 8.30 น-12.00 น บ่าย 13.00 น-16.30 น



ใบส่งปรึกษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....HN.....

Dx.....ข้อห้าม/ควรระวัง.....

ประวัติการเจ็บป่วย

.....

วัตถุประสงค์ที่ส่งปรึกษา

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Relieve pain                             | <input type="checkbox"/> Range of motion .....   |
| <input type="checkbox"/> Muscle Strengthening                     | <input type="checkbox"/> Chest Physiotherapy   |
| <input type="checkbox"/> Program for Head injury                  | <input type="checkbox"/> Program for Development   |
| <input type="checkbox"/> Program for Hemiplegia                   | <input type="checkbox"/> Program for Spinal cord injury  |
| <input type="checkbox"/> Program for Fracture.....                | <input type="checkbox"/> Program for Amputation.....   |
| <input type="checkbox"/> Ambulation training                      | <input type="checkbox"/> NWB <input type="checkbox"/> PWB <input type="checkbox"/> FWB C ..... |
| <input type="checkbox"/> Application of orthosis / prothesis..... | <input type="checkbox"/> Others .....  |

ลงชื่อแพทย์ผู้ส่งปรึกษา.....วันที่.....เวลา.....