

# KHUANNIANG HOSPITAL

## Admission Reconciliation Form

ชื่อ-สกุล..... HN..... อายุ..... ปี น้ำหนัก.....kg

ไม่มีประวัติแพ้ยา  แพ้ยา/ADR..... อาการ.....

โรคประจำตัว.....  ไม่มียาที่ต้องใช้ต่อเนื่อง  มียาที่ต้องใช้ต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้

No.	ชื่อยา (ความแรง)	วิธีใช้ยา	ที่มา ยา	✓ (ใช้ต่อ) H (Hold) ✗ (หยุด)		เปลี่ยนวิธีใช้	วิธีใช้ใหม่ (เหตุผล)	ใช้ยามือสุดท้าย	
				Admit	D/C			วันที่	เวลา
1									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

ผู้บันทึก..... Next F/U.....  นำยาเดิมมา  ไม่ได้นำยาเดิมมา

DATE	ORDER FOR ONE DAY	DATE	ORDER FOR CONTINUATION

ชื่อ.....

สกุล.....

H.N.....

อายุ.....

เตียง.....

แพทย์.....