



สถานพยาบาลประมุข ทร.
ชื่อหน่วย.....
SNC
วันเดือนปี เวลา

แบบบันทึกการทำแผลต่อเนื้อง

ยศ-ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี NMD HN.....เลขที่ OPD

ว.ต.ป./เวลา ที่มารับบริการ	ลักษณะแผลที่พบ	วิธีการทำแผล	ชื่อผู้บันทึก (ตัวบรรจง)