

KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ VẬT LÝ TRỊ LIỆU, NẴN XƯƠNG, CHÂM CỨU



(Tất cả thông tin cần điền đầy đủ)

MỤC A - THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Tên bệnh nhân: _____ Giới tính: _____

Ngày sinh (ngày/ tháng/ năm): _____ Mã số: _____ Hợp đồng số: _____

Tên chủ hợp đồng: _____

MỤC B - KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ DO BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ CHỈ ĐỊNH

Chuẩn đoán bệnh: _____

Kế hoạch điều trị được đề nghị: _____

Bệnh nhân có cần Vật lý trị liệu/ Nắn xương/ Châm cứu? Có Không

Loại hình điều trị: _____

Số lần điều trị? _____

Ngày dự tính kết thúc kế hoạch điều trị: _____

Bệnh nhân có cần chăm sóc vết thương? Có Không

Hình thức chăm sóc vết thương cần thiết: _____

Bệnh nhân cần bao nhiêu lần chăm sóc vết thương? _____

Ngày dự tính kết thúc việc chăm sóc vết thương: _____

Bệnh nhân cần tái khám không? Có Không

Số lần tái khám cần thiết? _____

Ngày tái khám gần đây nhất: _____

Tên Bác sĩ điều trị: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____

E-mail: _____

Ký tên

Ngày (ngày/ tháng/ năm): _____