

KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ VẬT LÝ TRỊ LIỆU, NẮN 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): _____