



ใบสรุปผลการและการรักษาแมวจรในความอนุเคราะห์ โครงการ “รักแม่”

ครั้งที่/.....

เลขที่เอกสาร อ้างอิง

- ชื่อแมวจร (ที่ใช้ในสถานพยาบาล)
- อาการ (ตามคำวินิจฉัยของแพทย์)
-
-
- แนวทางการรักษา
-
-
-
- ขั้นตอนการรักษา
 - วันที่ ถึง วันที่
 - สถานพยาบาล
 - แพทย์ผู้ทำการรักษา ใบอนุญาตเลขที่
 - วิธีการรักษา
 -
 -
 - วันที่ ถึง วันที่
 - สถานพยาบาล
 - แพทย์ผู้ทำการรักษา ใบอนุญาตเลขที่
 - วิธีการรักษา
 -
 -
 - วันที่ ถึง วันที่
 - สถานพยาบาล
 - แพทย์ผู้ทำการรักษา ใบอนุญาตเลขที่
 - วิธีการรักษา
 -
 -

(กรุณาใช้ใบต่อ ขั้นตอนการรักษา)

ใบต่อ ขั้นตอนการรักษา แผ่นที่/.....

- วันที่ ถึง วันที่
- สถานพยาบาล
- แพทย์ผู้ทำการรักษา ใบอนุญาตเลขที่
- วิธีการรักษา

- วันที่ ถึง วันที่
- สถานพยาบาล
- แพทย์ผู้ทำการรักษา ใบอนุญาตเลขที่
- วิธีการรักษา

- วันที่ ถึง วันที่
- สถานพยาบาล
- แพทย์ผู้ทำการรักษา ใบอนุญาตเลขที่
- วิธีการรักษา

- วันที่ ถึง วันที่
- สถานพยาบาล
- แพทย์ผู้ทำการรักษา ใบอนุญาตเลขที่
- วิธีการรักษา

- วันที่ ถึง วันที่
- สถานพยาบาล
- แพทย์ผู้ทำการรักษา ใบอนุญาตเลขที่
- วิธีการรักษา

● สรุปผลการรักษา

.....

.....

● วันที่สิ้นสุดการรักษาพยาบาล และออกจากสถานพยาบาล

● แมวจรหลังได้รับการรักษา มีชีวิต ไม่มีชีวิต

● แมวจรหลังได้รับการรักษา มีผู้อุปการะ หรือไม่

มี ชื่อ-สกุล ผู้อุปการะ สถานที่ที่นำแมวจรไปดูแล

.....

โทรศัพท์ มือถือ E-mail

ไม่มี สถานที่ที่แมวจรกลับไปอยู่อาศัย.....

.....

● สรุปค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

สถานพยาบาล	ใบเสร็จ เลขที่	จำนวนเงิน	บาท
สถานพยาบาล	ใบเสร็จ เลขที่	จำนวนเงิน	บาท
สถานพยาบาล	ใบเสร็จ เลขที่	จำนวนเงิน	บาท
สถานพยาบาล	ใบเสร็จ เลขที่	จำนวนเงิน	บาท
สถานพยาบาล	ใบเสร็จ เลขที่	จำนวนเงิน	บาท
สถานพยาบาล	ใบเสร็จ เลขที่	จำนวนเงิน	บาท
รวมจำนวนเงิน			บาท

ลงชื่อ ผู้ขอความช่วยเหลือ

()

(ส่วนของโครงการฯ)

● สรุปรายได้ที่นำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

โครงการฯช่วยเหลือ	จำนวน	บาท
รายได้จากการบริจาค	จำนวน	บาท
รายได้จากการประมูลสินค้า	จำนวน	บาท
ผู้ขอความช่วยเหลือ	จำนวน	บาท
รวมจำนวนเงิน		บาท

ลงชื่อ อาสาสมัคร โครงการฯ

()