



ใบสรุปผลอาการและการรักษาแมวจรในความอนุเคราะห์  
 มูลนิธิ “รักแม่ ปันน้ำใจให้แมวจร”

ครั้งที่ ...../.....

เลขที่เคส .....

- 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 .....



- แมวจรหลังได้รับการรักษา  มีชีวิต  เสียชีวิต
- สรุปลักษณะหลังสิ้นสุดการรักษา .....

- วันที่สิ้นสุดการรักษาพยาบาล .....
- แมวจรหลังสิ้นสุดการรักษา มีผู้อุปการะหรือไม่  
 มี ชื่อ-สกุล ผู้อุปการะ ..... สถานที่ที่นำแมวจรไปดูแล

ช่องทางติดต่อ โทรศัพท์ ..... อีเมล .....



- ไม่มี สถานที่ที่แมวจรกลับไปอยู่อาศัย.....

ชื่อ-สกุล ผู้ดูแล .....

ช่องทางติดต่อ โทรศัพท์ ..... อีเมล .....



- สรุปล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

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  
( )

(ส่วนของมูลนิธิฯ)

- สรุปลเงินได้ที่นำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

มูลนิธิฯช่วยเหลือ	จำนวน .....	บาท
เงินได้จากการบริจาค	จำนวน .....	บาท
เงินได้จากการประมูลสินค้า	จำนวน .....	บาท
ผู้ขอความช่วยเหลือ	จำนวน .....	บาท
รวมจำนวนเงิน .....		บาท

ลงชื่อ ..... อาสาสมัครมูลนิธิฯ  
( )