

แบบฟอร์มบันทึกการให้การปรึกษารายบุคคล
(ก่อนบอกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

หมายเลขประจำตัว

วันที่/...../.....

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ HIV ด้วยสารน้ำในช่องปาก	<input type="checkbox"/> ลบ	<input type="checkbox"/> บวก	<input type="checkbox"/> ไม่ชัดเจน
แจ้งผลตรวจสารน้ำในช่องปาก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้แจ้งผล	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	

หมายเลขโทรศัพท์

ข้อแนะนำ

.....
.
.....
.....

แบบฟอร์มบันทึกการให้การปรึกษารายบุคคล
(ก่อนบอกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

หมายเลขประจำตัว

วันที่/...../.....

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ HIV ด้วยน้ำลาย	<input type="checkbox"/> ลบ	<input type="checkbox"/> บวก	<input type="checkbox"/> ไม่ชัดเจน
--------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------------

หมายเลขโทรศัพท์

ข้อแนะนำ

.....
.
.....
.....

