

## Patient Referral Form

### For Doctors

ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการที่ ChivaCare ได้ง่ายโดย กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มแล้วส่งมาที่:  
ทาง Email [info@chivacare.com](mailto:info@chivacare.com) หรือ  
ทาง LINE



### Program for Doctors

ChivaCare ได้พัฒนาสังคมและสร้างเครือข่ายในการให้บริการทางการแพทย์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของเรา คุณสามารถเข้าไปเยี่ยมชม website สำหรับข้อมูลทางการแพทย์ การให้บริการ ข้อมูลสำหรับประชาชน และข้อมูลสำหรับผู้เชี่ยวชาญได้

### For Patients

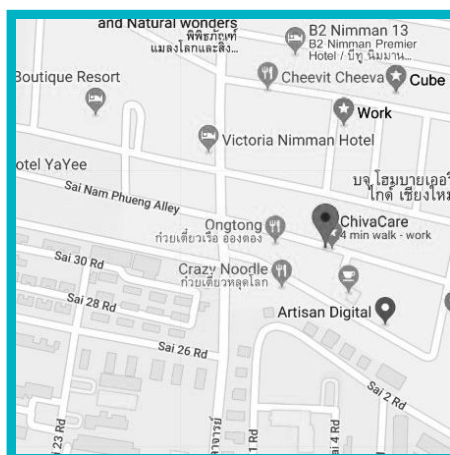
สำหรับผู้รับบริการ ให้นำแบบฟอร์มส่งต่อไปยัง ChivaCare หากท่านใดต้องการนัดหมาย Online ช่วยแจ้งให้ชื่อแพทย์ที่ส่งต่อ เพื่อผลประโยชน์ในการติดต่อกลับ ChivaCare polyclinic เปิดให้บริการเวลา 9:00 am - 8:00 pm ในวันจันทร์ ถึงศุกร์ และ เวลา 9:00 am - 5:00 pm ในวันเสาร์และอาทิตย์ (หยุดวันนักขัตฤกษ์)

### About ChivaCare

ChivaCare ให้บริการด้านการแพทย์ ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบประสาทและสมอง กิจกรรมสร้างสรรค์สำหรับการรักษาโรค การปรับการดำเนินชีวิตด้วย life coaching และการรักษาแบบองค์รวม เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการรักษาดียิ่งขึ้น Our medical center builds on the success of the highly regarded Brain Clinic, now in ChivaCare.

### Location

ถนน ศิริมังกลาจารย์ ซอย 11  
096-980-0126



## Patient Referral Form

Date (D/M/Y) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Identification Data

Patient Name \_\_\_\_\_ Physician Name \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ Physician Contact Number \_\_\_\_\_

Patient's Phone \_\_\_\_\_

Diagnosis \_\_\_\_\_

### Program For

#### Musculoskeletal

- Carpal tunnel syndrome
- Osteoarthritis (knee, cervical)
- Osteoporosis
- Myofascial pain / office syndrome
- Muscle strain/Ligament Spain
- Post-surgical rehabilitation
- Stenosis/Spondylolisthesis/HNP

#### Neuro-Rehabilitation

- Cognitive training (dementia, cognitive deficit)
- Stroke Recovery (paresis, aphasia, swallowing training, cognitive dysfunction)
- Parkinson's disease recovery (gait training, PD exercise, swallowing)
- Vestibular rehabilitation

#### Other

- DM
- Amputation
- Cardiac rehabilitation
- \_\_\_\_\_

### Specific Requirement

- Therapeutic exercise (active, passive, PRE)
- Therapeutic / functional activities (ADL)
- Balance, postural and gait training / fall prevention
- Manual therapy (joint and soft tissue mobilisation)
- Modalities for symptom relief (electrical stimuli, ultrasound)
- Thermal modalities
- Traction (lumbar, cervical)

### Frequency and Duration

Frequency \_\_\_\_\_ times per week for \_\_\_\_\_ weeks. I hereby certify these service as medically necessary for the patient's plan of care:

Physician's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_