

ข้อแจ้งให้ทราบของการเข้ารับการปรึกษาหลังการตรวจโรคเกี่ยวกับผลของการตรวจมะเร็งปอด

ชื่อ		หมายเลขทะเบียนผู้อยู่อาศัย	
------	--	----------------------------	--

เกี่ยวกับผลการตรวจมะเร็งปอด:

เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่:

วันที่เข้ารับการปรึกษา	วันเดือนปี	แพทย์	ใบอนุญาตเลขที่
			ชื่อหมอ (ชายน)