

Problem list


 Name..... H.N.
 Age.....year Sex (.....)Male (.....)Female Admit Date.....
 Department of..... Ward.....
 Attend Staf..... แพทย์พี่เลี้ยง..... Intern.....
 Extern..... นิสิตแพทย์..... Date.....
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

NO.	Problem	Active		Starting date	Stop date	Evidence Base	signature
		Yes	No				