

แบบฟอร์มขอ ดู / สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย (ลูกค้าภายนอก)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลผู้ขอ ดู/สำเนาเวชระเบียน

ชื่อ สกุล อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ เบอร์โทร

อาชีพ สถานที่ทำงาน

- ขอ ดู/สำเนาเวชระเบียนของ ตัวเอง บิดา-มารดา สามี/ภรรยา บุตร
 อื่น ๆ ระบุ

ข้อมูลเวชระเบียนที่ขอ ดู/สำเนาเวชระเบียน

ชื่อ สกุล อายุ ปี

บิดา มารดา

เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่

วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล

หลักฐานประกอบการขอ ดู/สำเนาเวชระเบียน

- สำเนาบัตรประชาชนผู้ขอ ดู/สำเนา สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย
 ใบยินยอมเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย สำเนาทะเบียนบ้านผู้ป่วย
 บัตรประจำตัวพนักงานบริษัท หนังสือรับรองของบริษัท / นิติบุคคล
 อื่น ๆ

ลงชื่อ ผู้ขอ ดู/สำเนา
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่เวชระเบียน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล/ผู้รับมอบหมาย
ด้วย

ขอ ดู / สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย
ของ

HN AN

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

คำสั่ง

อนุญาต ไม่อนุญาต

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

แบบฟอร์มขอยืมเวชระเบียนผู้ป่วย (ลูก้าภายใน)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว

ตำแหน่ง หน่วยงาน

มีความประสงค์ขอยืมเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อ

กำหนดส่งคืน วันที่ เดือน พ.ศ. ตามรายการ ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	HN	AN	หมายเหตุ

การยืม	
(ลงชื่อ) ผู้ยืม (.....) ตำแหน่ง / /	(ลงชื่อ) ผู้ให้ยืม (.....) ตำแหน่ง / /
การส่งคืน	
(ลงชื่อ) ผู้ส่งคืน (.....) ตำแหน่ง / /	(ลงชื่อ) ผู้รับคืน (.....) ตำแหน่ง / /