แบบการเข้าถึงเวชระเบียนสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหนองหงส์

วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. .....

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/ นางสาว..... ..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน .....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอข้อมูลจากงานเวชระเบียนเพื่อ

◯ การรักษา กำหนดส่งคืนภายใน 3 วันทำการ (วันเดือนปีที่ส่งคืน.....)

◯ เอกสารวิชาการเพื่อเลื่อนระดับ(อ.ว.ช.) กำหนดส่งคืนภายใน 7 วันทำการ (วันเดือนปีที่ส่งคืน..... ....)

◯ พัฒนาคุณภาพ กำหนดส่งคืนภายใน 7 วันทำการ (วันเดือนปีที่ส่งคืน.....)

◯ อื่นๆ ระบุ.....กำหนดส่งคืนภายใน 3 วันทำการ (วันเดือนปีที่ส่งคืน.....)

ดังรายการต่อไปนี้จำนวน .....ราย

NO	HN	AN	ชื่อ สกุลผู้ป่วย	NO	HN	AN	ชื่อ สกุลผู้ป่วย
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

(.....)ผู้ยืม

ตำแหน่ง.....

ให้ผ่านหัวหน้า/ผู้ได้รับมอบหมาย

(.....)

ลายมือชื่อหัวหน้าผู้ควบคุม

ผู้ส่งคืนเวชระเบียน.....วคป.ที่ส่งคืน..... ผู้รับเวชระเบียนคืน.....วคป.ที่รับคืน.....