



แบบคำร้องขอรับประวัติการรักษา
โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

เขียนที่.....
วันที่.....

ข้าพเจ้า(ผู้ขอ).....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... อาชีพ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน..... เบอร์โทรศัพท์.....
ขอรับประวัติการรักษาผู้ป่วยชื่อ..... HN..... AN.....
เพื่อใช้ ในการรักษาต่อเนื่อง รพ. เพื่อเคลมประกัน/ชดเชยค่าสินไหม บ. อื่นๆ ระบุ.....
มีความเกี่ยวข้องกับเจ้าของประวัติ ตนเอง ญาติ/ตัวแทน ระบุความสัมพันธ์.....
โดยได้แนบเอกสารประกอบดังต่อไปนี้
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หนังสือยินยอม/หนังสือมอบอำนาจ สำเนาทะเบียนบ้าน ใบสมรส
 ใบมรณะบัตร/หนังสือรับรองการตาย เอกสารอื่นๆ(ระบุ).....

เอกสารที่ขอเพิ่มเติม.....
ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ..... ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง.....
(.....) (.....)

สำหรับแพทย์เจ้าของไข้

บันทึกการรักษาผู้ป่วยนอก OPD Visit วันที่.....
 Opd card Laboratory X-ray, CT, MRI, U/S ใบสั่งยา ทั้งหมด อื่นๆ.....
บันทึกการรักษาผู้ป่วยใน IPD เพิ่มเติม AN :
 Summary Informed consent Admission note History, Physical exam
 Progress note Nurses note Graphic Record Fluid Balance
 Consultation Anesthetic Operative notes Rehabilitation
 Labour record Pathology Special Report Laboratory Medication record
 Referring Letter Sheet EKG, X-ray, CT, MRI , U/S ใบรายการใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียม บันทึกค่าใช้จ่ายรายวัน
 ใบแสดงรายการคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ใบตรวจสอบสิทธิการรักษา ทั้งหมด
 อื่นๆ

อนุญาต / ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....แพทย์เจ้าของไข้.....
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ขออนุญาตออกเอกสารด่วน(OPD) เนื่องจาก.....
 ขออนุญาตออกเอกสารที่ขอเพิ่มเติมและแก้ไขเพิ่มเติมในส่วนของแพทย์อนุญาต
บันทึกการรักษาผู้ป่วยนอก OPD Visit วันที่.....
 Opd card Laboratory X-ray, CT, MRI, U/S ใบสั่งยา ทั้งหมด อื่นๆ.....
บันทึกการรักษาผู้ป่วยใน IPD เพิ่มเติม AN :
 Summary Informed consent Admission note History, Physical exam
 Progress note Nurses note Graphic Record Fluid Balance
 Consultation Anesthetic Operative notes Rehabilitation
 Labour record Pathology Special Report Laboratory Medication record
 Referring Letter Sheet EKG, X-ray, CT, MRI , U/S ใบรายการใช้อุปกรณ์อวัยวะเทียม บันทึกค่าใช้จ่ายรายวัน
 ใบแสดงรายการคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ใบตรวจสอบสิทธิการรักษา ทั้งหมด
 อื่นๆ

ลงชื่อ.....
(.....)

อนุญาต / ไม่อนุญาต
ลงชื่อ.....
(นางสาววนิดา คำไข่มอง)
เจ้าพนักงานเวชสถิติปฏิบัติงาน
หัวหน้ากลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์