	แบบฟอร์ม งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	**หน้า :** 1/2
	เรื่อง : แบบคำขอรับเอกสารทางการแพทย์เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล	**รหัสเอกสาร :** MRS1-004/69

มอ104.2639150/.....(.....)
ส่งสาขาวิชา.....
เอกสารเลขที่...../.....

เขียนที่ โรงพยาบสงขลานครินทร์
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

1. ข้อมูลผู้ยื่นคำร้อง (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล.....บัตรประชาชน☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ โทร.....

ความสัมพันธ์กับเจ้าของประวัติ ดังนี้

☐ ตนเอง (อายุ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) ☐ บิดา-มารดา ☐ สามี-ภรรยา ☐ บุตร ☐ ผู้รับมอบอำนาจ คือ.....

มีความประสงค์ขอเอกสารประวัติการรักษาพยาบาล

ชื่อ-สกุล (ผู้ป่วย).....เลขบัตร รพ.(HN) ..... เพื่อนำไปใช้ประโยชน์

☐ การรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ระบุ..... ☐ ต่อสิทธิส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัด ระบุ.....

2.ข้อมูลประวัติการรักษา

☐ <u>ประวัติ โรค / การวินิจฉัยที่ต้องการ</u> โปรดระบุ (กรณีไม่ทราบชื่อแพทย์ไม่ต้องระบุ)

1. โรค.....ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....
2. โรค.....ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....

☐ ผลชิ้นเนื้อ ☐ ผล LAB ☐ X-ray ☐ Ultrasound ☐ CT-Scan ☐ MRI ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

3.การรับประวัติ

☐ รับด้วยตนเอง
☐ ผู้มารับแทน ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์เกี่ยวข้อง.....เบอร์โทร.....
☐ อีเมล์.....
☐ ไปรษณีย์ ชื่อผู้รับ.....ที่อยู่.....
.....เบอร์โทร.....

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อมูลตามคำร้องดังกล่าวเป็นความจริง พร้อมแนบเอกสารไว้ครบถ้วนถูกต้องแล้ว และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อยืนยันความถูกต้อง และดำเนินการตามระเบียบของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง วัน/เดือน/ปี.....

(หมายเหตุ: กรณีเอกสารไม่ครบถ้วน โรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการชะลอหรือปฏิเสธการดำเนินการ)

4.ส่วนของแพทย์ **เรียน แพทย์ผู้รักษา/แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง** **โปรดเลือกรายการที่ต้องการ**	**เจ้าหน้าที่เวชระเบียน**
☐ การสรุปประวัติการรักษาเพิ่มเติมในระบบ HIS (ประวัติการตรวจผู้ป่วยนอก)	
☐ สำเนาเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก (OPD) ช่วงวันที่.....	
ผู้ป่วยใน (IPD) ช่วงวันที่.....	
☐ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory) วันที่	
☐ ผล Pathology ตำแหน่งชิ้นเนื้อ หรือ วันที่ ระบุ	
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)	
☐ **<u>กรณีขอประวัติด่วน</u>** เนื่องจาก..... ได้ประสานขออนุญาตแพทย์ทางโทรศัพท์และสำเนาประวัติให้ผู้ป่วยแล้ว จึงเรียนมาเพื่อทราบและลงนาม	
ลงชื่อ _____ **แพทย์ผู้รักษา/แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง** **วันที่**	**ลงชื่อ** **วันที่**