

แบบฟอร์มการเยี่ยมเวชระเบียนและขอข้อมูล

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลโคกเจริญ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-สกุลผู้เยี่ยม.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน แผนก/งาน.....ฝ่าย/กลุ่มงาน.....

มีความประสงค์ขอยืมเวชระเบียนหรือขอข้อมูลเพื่อใช้สำหรับ.....

.....ตามรายการดังต่อไปนี้

ขอยืมเวชระเบียนผู้ป่วยใน จำนวน.....ฉบับ

ขอยืมเวชระเบียนผู้ป่วยนอก จำนวน.....ฉบับ

ขอข้อมูล/สถิติ (โปรดระบุ)

1.

2.

3.

4.

5.

ขอรับใน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

กรณียืมเวชระเบียนจะส่งคืนใน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

****หมายเหตุ**** โปรดส่งงานล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน

การยืมเวชระเบียนผู้ป่วยใน กรุณาส่งคืนภายใน 7 วัน

กรณีการยืมเวชระเบียนผู้ป่วยนอก กรุณาส่งคืนภายใน 1 วัน

(กรุณาตรวจสอบเวชระเบียนให้ถูกต้องทุกครั้งก่อนเซ็นรับ)

สำหรับเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน ผู้รับงาน.....

ผู้ปฏิบัติงาน.....

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

หัวหน้างาน

ผู้รับเวชระเบียน.....ฉบับ ลงชื่อ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้คืน..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้รับคืน..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

