

**ใบยืม-คืนเวชระเบียน**  
**หน่วยงานเวชระเบียนโรงพยาบาลโคกเจริญ**

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

มีความต้องการยืม เวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อทบทวน เรื่อง .....

จำนวน.....ฉบับ ดังรายการต่อไปนี้ มีกำหนดคืนในวันที่.....

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย	HN	AN	ชื่อ - สกุลผู้ป่วย	HN	AN
1.			16.		
2.			17.		
3.			18.		
4.			19.		
5.			20.		
6.			21.		
7.			22.		
8.			23.		
9.			24.		
10.			25.		
11.			26.		
12.			27.		
13.			28.		
14.			29.		
15.			30.		

**ระเบียบการยืมเวชระเบียน**

- ผู้มีสิทธิยืม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ พยาบาล หรือ জনท.อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ผู้ยืมต้องกรอกใบยืมเวชระเบียนตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ชัดเจน
- ยืม - คืน ได้ในเวลา 08.30 - 16.00 น. ทุกวันทำการ กำหนดคืนเวชระเบียนภายใน 3-7 วันทำการ
- กรณียืมมากกว่า 5 ฉบับ ต้องยื่นแบบฟอร์มก่อนมารับเวชระเบียนอย่างน้อย 2 วันทำการ
- ต้องนำเวชระเบียนมาคืนทันทีเมื่อมีการเรียกคืน หรือเมื่อใช้เสร็จแล้ว หรือเมื่อครบกำหนดยืม
- ผู้ยืมต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย กรณีเวชระเบียนชำรุด สูญหาย หรือข้อมูลผู้ป่วยซึ่งเป็นความลับถูกเปิดเผย

ข้าพเจ้าได้อ่านและยอมรับระเบียบการยืมเวชระเบียนทั้งหมด

ลงชื่อ.....(ผู้ยืม)

ลงชื่อ.....(ผู้ให้ยืม)

(.....)

(.....)

ข้าพเจ้าได้นำเวชระเบียนมาส่งคืนตามรายการที่ยืมไปข้างต้น จำนวน.....ฉบับ ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....(ผู้คืน)

ลงชื่อ.....(ผู้รับคืน)

(.....)

(.....)

