โรงพยาบาลสิรินธร

แบบฟอร์มขอยืมและคืนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย

วันที่...../...../.....

ชื่อ-สกุล ผู้ยืม.....WARD/หน่วยงาน.....โทร.....

ต้องการยืม ( ) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ( ) เวชระเบียนผู้ป่วยใน

เหตุผลในการยืม ( ) ประกอบการรักษา ( ) ประกันชีวิต ( ) ประกอบการพิจารณาคดี

( ) การศึกษาวิจัย/อวช/Audit ( ) อื่นๆ.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	HN	AN	หมายเหตุ
๑				
๒				
๓				
๔				
๕				

ทั้งนี้จะนำส่งคืนภายในวันที่.....และขอสัญญาว่าจะดูแลรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วยเป็นอย่างดี หากสูญหายหรือไม่นำส่งคืนตามกำหนดเวลา ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบจากการกระทำดังกล่าวทุกกรณี

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ยืม ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน

( ) ( )

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้ยืม ลงชื่อ.....หัวหน้าเวชระเบียน

( ) ( )

*หมายเหตุ : เวชระเบียนผู้ป่วยนอกกำหนดยืมได้ครั้งละ ๑ วันทำการ เวชระเบียนผู้ป่วยในกำหนดยืมได้ครั้งละ ๕ วันทำการ

: ยืมเพื่อทำวิจัย/อวช/Auditกำหนดยืมได้ครั้งละ ๑๕ วันทำการ หากต้องการยืมต่อกรุณาส่งคืนเวชระเบียนก่อน

FM-MRD01-GEN007: Rev.00

โรงพยาบาลสิรินธร

แบบฟอร์มขอยืมและคืนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย

วันที่...../...../.....

ชื่อ-สกุล ผู้ยืม.....WARD/หน่วยงาน.....โทร.....

ต้องการยืม ( ) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ( ) เวชระเบียนผู้ป่วยใน

เหตุผลในการยืม ( ) ประกอบการรักษา ( ) ประกันชีวิต ( ) ประกอบการพิจารณาคดี

( ) การศึกษาวิจัย/อวช/Audit ( ) อื่นๆ.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	HN	AN	หมายเหตุ
๑				
๒				
๓				
๔				
๕				

ทั้งนี้จะนำส่งคืนภายในวันที่.....และขอสัญญาว่าจะดูแลรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วยเป็นอย่างดี หากสูญหายหรือไม่นำส่งคืนตามกำหนดเวลา ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบจากการกระทำดังกล่าวทุกกรณี

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ยืม ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน

( ) ( )

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้ยืม ลงชื่อ.....หัวหน้าเวชระเบียน

( ) ( )

*หมายเหตุ : เวชระเบียนผู้ป่วยนอกกำหนดยืมได้ครั้งละ ๑ วันทำการ เวชระเบียนผู้ป่วยในกำหนดยืมได้ครั้งละ ๕ วันทำการ

: ยืมเพื่อทำวิจัย/อวช/Auditกำหนดยืมได้ครั้งละ ๑๕ วันทำการ หากต้องการยืมต่อกรุณาส่งคืนเวชระเบียนก่อน

FM-MRD01-GEN007: Rev.00