



โรงพยาบาลศิริราช สำนักงานแพทย์

วันที่...../...../.....

เรื่อง ขอประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศิริราช

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....หมายเลขบัตรประชาชน

- - - - ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องกับ.....ของนาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประชาชน - - - - ซึ่งเข้ารับการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลศิริราชเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.บัตรผู้ป่วยเลขที่.....

มีความประสงค์

ขอสำเนาประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการรักษาพยาบาลต่อ

ณ สถานพยาบาล.....

ขอสำเนารายการเจ็บป่วยและการรักษาเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเรียกร้องเงินต่อ

บริษัทประกัน.....

อื่นๆ.....

ซึ่งข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลแจ้งรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล

ทั้งหมดแก่สถานพยาบาล/บริษัทประกันดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

()

* หมายเหตุ เอกสารที่ใช้ประกอบการขอประวัติ

1.บัตรประจำตัวประชาชนและบัตรประจำตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราช

2.กรณีเป็นบิดา,มารดาหรือบุตร ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มาติดต่อ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย บัตรผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราช สำเนาทะเบียนบ้านหรือสูติบัตร

3.กรณีคู่สมรส ใช้บัตรประจำตัวประชาชนผู้มาติดต่อ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย บัตร โรงพยาบาลศิริราช สำเนาทะเบียนสมรส

4.กรณีเป็นญาติหรือพี่น้อง ใช้ใบมอบอำนาจ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพยาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

5.เวลาในการดำเนินการไม่เกิน 7 วันทำการ