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				
๖				
๗				
๘				
๙				
๑๐				
๑๑				
๑๒				
๑๓				
๑๔				
๑๕				
๑๖				
๑๗				
๑๘				
๑๙				
๒๐				
๒๑				
๒๒				
๒๓				
๒๔				
๒๕				

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-GEN008: Rev.00