

แบบฟอร์มการขอเยี่ยม - คิน เวชระเบียนผู้ป่วย

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก

เวชระเบียนผู้ป่วยใน

เยี่ยมเพื่อ.....

ว / ค / ป ที่เยี่ยม..... เวลาเยี่ยม.....

ลำดับ	HN	AN	ชื่อผู้ป่วย	หมายเหตุ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ลำดับ	HN	AN	ชื่อผู้ป่วย	หมายเหตุ
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

ลงชื่อ(ตัวบรรจง).....ผู้เยี่ยม

งาน.....

ลงชื่อ(ตัวบรรจง).....ผู้ให้เยี่ยม

ลงชื่อ(ตัวบรรจง).....ผู้รับคิน

ว / ค / ป.....เวลา.....

หมายเหตุ 1. ให้คินเวชระเบียนภายใน 7 วัน

2. ไม่อนุญาตให้นำเวชระเบียนออกนอกโรงพยาบาล ไม่ว่าจะกรณีใดทั้งสิ้น

3. หากต้องการสำเนาเวชระเบียนต้องได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อน

4. ให้ระบุเหตุผลผลการในเยี่ยม และ ลงชื่อ ผู้เยี่ยม เป็นตัวบรรจงเท่านั้น