

แบบฟอร์มการขอยืม - คี้น เวชระเบียนผู้ป่วย

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก

เวชระเบียนผู้ป่วยใน

ยืมเพื่อ.....

ว / ค / ป ที่ยืม..... เวลาขืม.....

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).....ผู้ยืม

งาน.....

ลงชื่อ(ตัวบรรจง).....ผู้ให้ยืม

ลงชื่อ(ตัวบรรจง).....ผู้รับคืน

ว / ค / ป.....เวลา.....

หมายเหตุ 1. ให้คี้นเวชระเบียนภายใน 7 วัน

2. ไม่นอนุญาตให้นำเวชระเบียนออกนอกโรงพยาบาล ไม่ว่าจะกรณีใดทั้งสิ้น

3. หากต้องการสำเนาเวชระเบียนต้องได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อน

4. ให้ระบุเหตุผลผลการในยืม และ ลงชื่อ ผู้ยืม เป็นตัวบรรจงเท่านั้น