



โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร  
Naresuan University Hospital

เลขที่ .....

แบบฟอร์มขอขี้มึนเพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วยใน

วันที่ ..... / ..... / .....

ชื่อสกุลผู้ขี้มึน ..... ( ) แพทย์ ( ) พยาบาล ( ) นิสิต ( ) เจ้าหน้าที่ .....  
ต้องการขี้มึน ( ) เวชระเบียนผู้ป่วยใน เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ..... ข้าพเจ้าประสงค์จะขอขี้มึนเพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อ  
ใช้ในการ (กรุณากรอกข้อมูลโดยละเอียด) .....  
.....ตามรายละเอียดดังนี้

| ลำดับที่ | ชื่อ - สกุลผู้ป่วย | HN. | AN. | หมายเหตุ |
|----------|--------------------|-----|-----|----------|
| 1.       |                    |     |     |          |
| 2.       |                    |     |     |          |
| 3.       |                    |     |     |          |
| 4.       |                    |     |     |          |
| 5.       |                    |     |     |          |

ทั้งนี้จะนำส่งคืนภายในวันที่ ..... และขอสัญญาว่าจะดูแลรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วยเป็นอย่างดี  
หากสูญหายหรือไม่นำส่งคืนตามกำหนดเวลา ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบจากการกระทำดังกล่าวทุกกรณี

ลงชื่อ .....

( ..... )

ผู้ขี้มึน

ลงชื่อ .....

( ..... )

แพทย์ประจำภาควิชา (Staff) / หัวหน้างาน

ลงชื่อ .....

( ..... )

เจ้าหน้าที่เวชระเบียนผู้รับข้อมูล

ลงชื่อ .....

( ..... )

หัวหน้างานบริหารคุณภาพเวชระเบียน

หมายเหตุ

- เวชระเบียนเป็นสมบัติของโรงพยาบาล ห้ามนำเวชระเบียนหรือส่วนใดของเวชระเบียนออกนอกห้องเวชระเบียน โดยเด็ดขาด และห้ามมิให้ทำการคัดลอก ด้วยวิธีการใดๆ ก็ตามโดยไม่ได้รับอนุญาต
- แบบฟอร์มการขอขี้มึนเพิ่มเวชระเบียนต้องผ่านการอนุมัติจากแพทย์ประจำภาควิชาก่อนทุกครั้ง
- การยื่นแบบฟอร์มขอขี้มึนเพิ่มเวชระเบียน ต้องยื่นภายในเวลา 08.00 – 15.00 น. ในวันราชการเท่านั้น
- ควรเขียนรายชื่อผู้ป่วย HN AN . ให้ครบถ้วน และถูกต้อง
- ควรแต่งกายสุภาพเรียบร้อย ในการเข้ามาดูเพิ่มเวชระเบียน

**\*\* เวชระเบียนผู้ป่วยในกำหนดขี้มึนได้ครั้งละ 5 แพ้มเท่านั้นขี้มึนได้ครั้งละ 5 วัน กรณีที่ต้องการขี้มึนต่อให้นำส่งเวชระเบียนก่อนจึงจะขี้มึนต่อได้ \*\***