

คู่มือขั้นตอนการให้บริการถ่ายสำเนา  
เวชระเบียนประวัติผู้ป่วยของ  
โรงพยาบาลท่าโรงช้าง

โรงพยาบาลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
โทร ๐-๗๗๓๕-๗๑๖๔

## คำนำ

คู่มือขั้นตอนการให้บริการถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลท่าโรงช้าง ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการที่มีความประสงค์ขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน จึงจำเป็นต้องมีแนวทางในการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

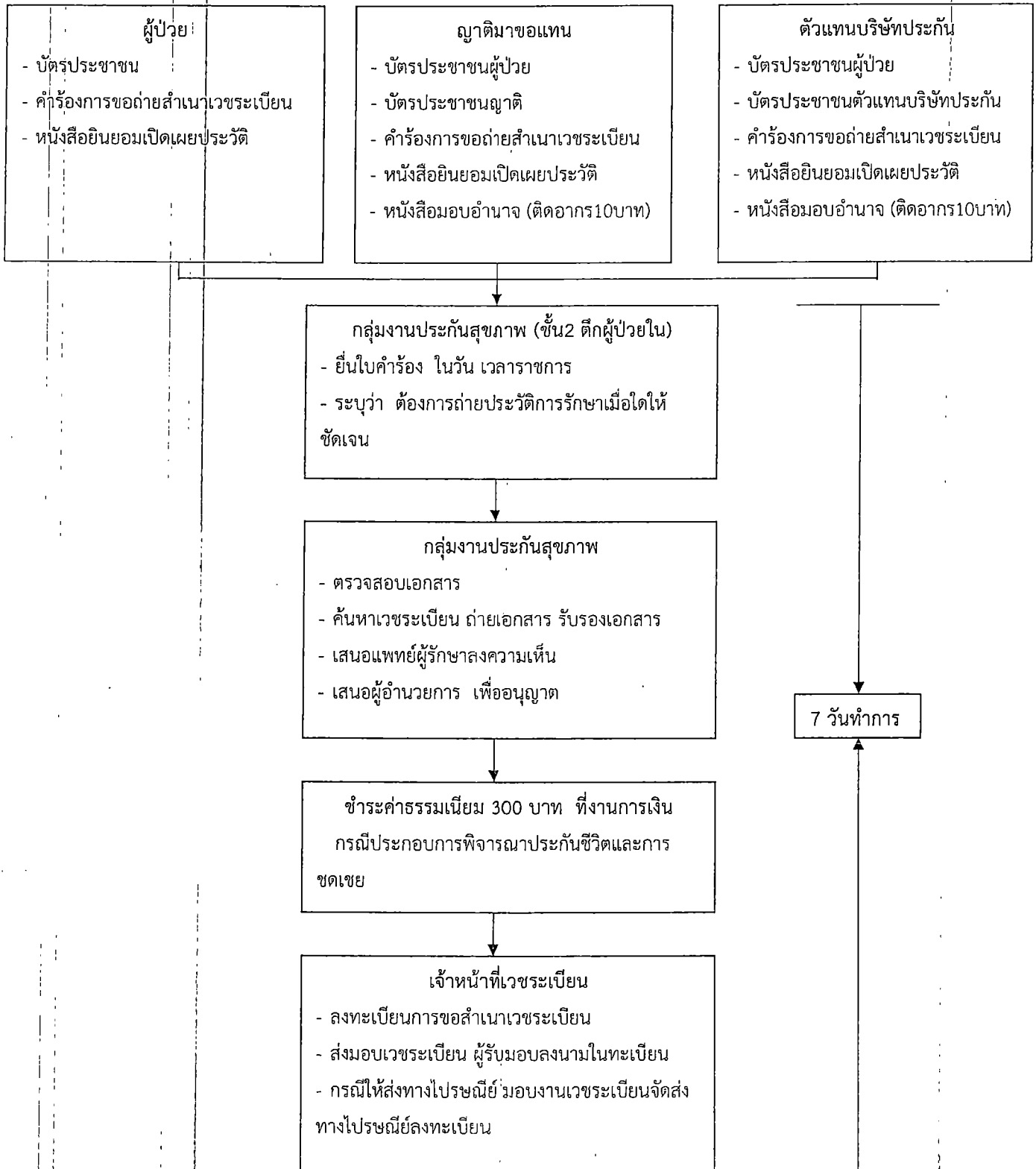
โรงพยาบาลท่าโรงช้าง

๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

สารบัญ

	หน้า
การขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย	
กรณีมาติดต่อที่โรงพยาบาล	๑
กรณีส่งมาทางไปรษณีย์	๒
แบบคำร้องขอประวัติผู้ป่วย	๓
หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติผู้ป่วย	๔
หนังสือมอบอำนาจในการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย	๕

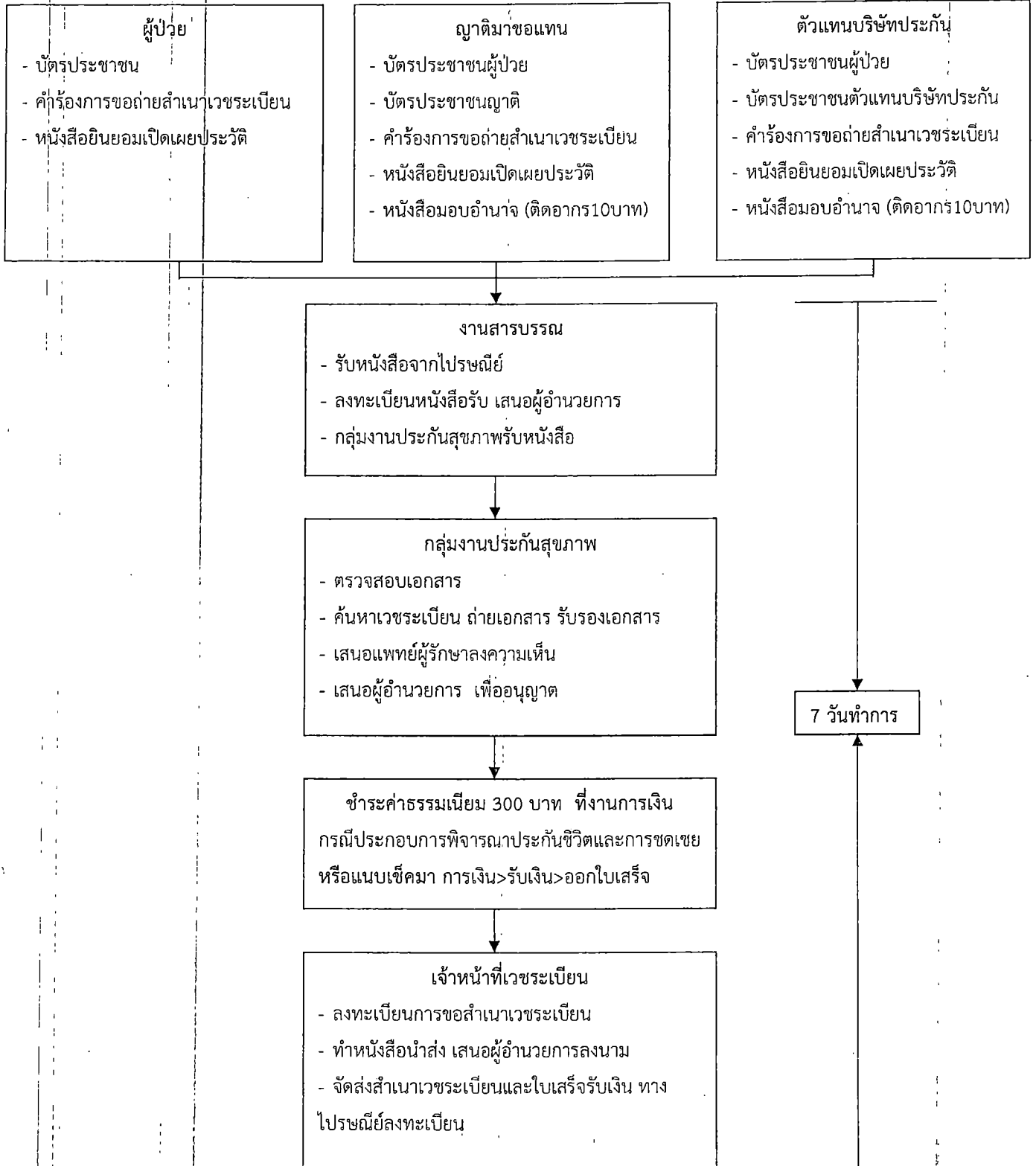
ประเภทงานบริการ การขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย กรณีมาติดต่อที่โรงพยาบาล  
ขั้นตอนและระยะเวลาที่ใช้



หมายเหตุ ความปลอดภัยแบบฟอร์มที่ [www.trch.go.th](http://www.trch.go.th)

1. คำร้องการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน
2. แบบหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและเข้าถึงเวชระเบียน
3. หนังสือมอบอำนาจ

ประเภทงานบริการ การขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย กรณีส่งมาทางไปรษณีย์  
ขั้นตอนและระยะเวลาที่ใช้



หมายเหตุ คำนวณโหลดแบบฟอร์มที่ [www.trch.go.th](http://www.trch.go.th)

1. คำร้องการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน
2. แบบหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและเข้าถึงเวชระเบียน
3. หนังสือมอบอำนาจ

แบบคำร้องขอประวัติผู้ป่วยโรงพยาบาลท่าเรือ

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

เรื่อง: ขอประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการ / แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว \_\_\_\_\_ ที่อยู่ \_\_\_\_\_

เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ มีความประสงค์ที่จะขอประวัติการ

รักษาพยาบาล เมื่อวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ถึงวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ของ

ตนเอง เลขที่บัตร โรงพยาบาล (HN.) \_\_\_\_\_

ผู้อื่น ชื่อ - สกุล \_\_\_\_\_

เลขที่บัตร โรงพยาบาล (HN.) \_\_\_\_\_ ซึ่งข้าพเจ้าเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น \_\_\_\_\_ ของผู้ป่วย

เอกสารที่ผู้ร้องขอต้องใช้

1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำร้องของพร้อมเซ็นรับรองสำเนา
2. สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของประวัติพร้อมเซ็นรับรองสำเนาด้วยปากกา
3. หนังสือมอบฉันทะ

เหตุผลที่ขอ \_\_\_\_\_

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ยื่นคำร้องขอ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับคำร้อง

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

(กรณียังไม่บรรลุนิติภาวะหรือเสียชีวิต เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วยชื่อ.....)

เลขบัตรประชาชนผู้ป่วย.....อายุผู้ป่วย.....ปี

ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าโรงช้าง เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ยินยอมให้

- ยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา
- ยินยอมให้สำเนาเวชระเบียนครั้งดังกล่าว
- อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ทั้งนี้เพื่อ

- นำไปประกอบการรักษาต่อที่โรงพยาบาล.....
- ใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- ใช้ประกอบข้อมูลในการทำประกันชีวิต
- ใช้ประกอบการพิจารณาปรับประกัน / ค่าสินไหมทดแทน
- อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม  
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)

หมายเหตุ ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ

วิเศษนครสงขลา

19 ม.ค.

หนังสือมอบอำนาจให้กรรมการช่วยดำเนินการขอเงินกู้ยืม

เรียนที่ .....

วันที่ .....

เรียนที่ .....

ขออำนาจมอบหมายให้ .....

ไปปฏิบัติ .....

.....

ขออำนาจมอบหมายให้ .....

ไปปฏิบัติ .....

- นาย .....
- นาย .....
- นาย .....

ขออำนาจให้ .....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นนายมือ หรือกลางมือของ .....

.....

.....



การถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย

