MSI
โรงพยาบาลนครแม่สอด อินเตอร์เนชั่นแนล 湄索国际医院 ဆေးရုံ
Nakornmaesot International Hospital

โรงพยาบาลนครแม่สอด อินเตอร์เนชั่นแนล
ใบคำร้องขอประวัติการรักษา

เขียนที่ โรงพยาบาลนครแม่สอด อินเตอร์เนชั่นแนล

วันที่............เดือน....................................พ.ศ.......................

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครแม่สอด อินเตอร์เนชั่นแนล

ข้าพเจ้า ชื่อ...เลขประจำตัวบัตรประชาชน..
Name-Surname / အမည် / 名称-姓 ID Card No. / မှတ်ပုံတင်အမှတ် / 护照号

ที่อยู่เลขที่...
Address / လိပ်စာ / 地址

เบอร์โทรศัพท์.. เป็น ☐ ผู้ป่วย / Patient / လူနာ / 病人 ☐ ญาติ เกี่ยวข้องเป็น....................................
Tel No. / ဖုန်းနံပါတ် / 电话号码 Relationship / တော်စပ်ပုံ / 关系

☐ ตัวแทนบริษัท..

ของผู้ป่วย ชื่อ...เลขประจำตัวบัตรประชาชน..
Name of patient / လူနာအမည် / 病人的名称-姓 ID Card No. / မှတ်ပုံတင်အမှတ် / 护照号

เลขที่ HN.. เลขที่ AN...

มีความประสงค์ขอสำเนาประวัติการรักษาเพื่อ
Request the medical treatment history for / 想要病历记录为了 /
ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်း တောင်းဆို ရသည့် ရည် ရွယ်ချက်

- ☐ ทำประกันชีวิต / Get Life Insurance / အာမခံလုပ်ရန် / 办理人寿保险
- ☐ พิจารณาสินไหมทดแทน / Consider Claims / ပိုက်ဆံပြန်ထုတ်ရန် / 医疗费用由保险报销
- ☐ รักษาต่อ ที่...
  Further trearment / ဆက်လက်ကုသမှုခံယူရန် / 继续治疗

☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคลแก่โรงพยาบาล เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริการ การรักษา การจัดเก็บข้อมูล และเป็นข้อมูลในการติดต่อประสานงาน
I consent to provide personal information to the hospital. To take advantage of services, treatment and data storage for contact and coordination
ကျွန်ုပ်၏ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်များအားဆေးရုံဝန်ဆောင်မှု၊ဆေးကုသမှုခံယူခြင်းနှင့်အချက်အလက်သိမ်းဆည်းထားခြင်းတို့အတွက်ပေးဆောင်ရန်သဘောတူပါသည်။
我同意向医院提供个人信息。 用于服务、治疗、数据存储和沟通

ลงชื่อ...ผู้ร้องขอ (Requester)

(...)

เอกสารที่ต้องการ

☐ สำเนาทะเบียน OPD	วันที่..	(จำนวน............แผ่น)
☐ สำเนาทะเบียน IPD	วันที่..	(จำนวน............แผ่น)
☐ อื่น ๆ (ระบุ)..	วันที่..	(จำนวน............แผ่น)

หลักฐานประกอบการขอประวัติ

- ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย / สำเนาสูติบัตรผู้ป่วย / สำเนามรณะบัตรผู้ป่วย (กรณีเสียชีวิต)
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำร้อง ระบุความสัมพันธ์ ....
- ☐ หนังสือมอบอำนาจ / ใบยินยอมให้เปิดเผยประวัติ

วิธีการรับเอกสาร ☐ รับด้วยเองหรือผู้แทน ☐ ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ด้านล่าง ☐ ส่งเอกสารทาง Email ตามที่อยู่ด้านล่าง

....

ความคิดเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา

เห็นควร ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต

…...

…...

ลงชื่อ...วันที่......./......../.........

(...)

ความเห็นรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

เห็นควร ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต

…...

…...

ลงชื่อ...วันที่......./......../.........

(...)

สำหรับเจ้าหน้าที่เวชระเบียน

ค่าธรรมเนียมในการดำเนินการ จำนวน..................บาท ☐ ชำระเงินแล้ว ☐ ยังไม่ได้ชำระเงิน

วิธีการชำระเงิน ☐ เงินสด ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร ☐ เช็คเงินสด

เจ้าหน้าที่เวชระเบียนผู้รับคำร้อง.. วันที่........./........../...........

ลงชื่อ...วันที่......./......../.........

(...)

ผู้รับเอกสาร (Receiver)

ลงชื่อ...วันที่......./......../.........

(...)

เจ้าหน้าที่ผู้มอบเอกสาร (Registration Officer)

FM-REG-02-04-00