



แบบฟอร์มขอคัดถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย  
(กรณีเจ้าของประวัติเป็นผู้ยื่นด้วยตนเอง)

MRS01

เจ้าของประวัติ

หนังสือขอคัดถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอคัดสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย

เนื่องจากข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ..... อายุ ..... ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... ซึ่งเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย

มีความประสงค์จะขอประวัติการรักษาของตนเองเพื่อนำไปประกอบ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอประวัติ

(.....)

หลักฐานที่ต้องนำมาประกอบการขอประวัติการรักษาพยาบาล

๑. กรณีที่ผู้ป่วยยื่นขอด้วยตนเอง

๑.๑ แนบสำเนาบัตรประชาชน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

๑.๒ หลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)



แบบฟอร์มขอคัดถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย  
(กรณีผู้มีอำนาจกระทำการแทน)

MRS02

ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

หนังสือขอคัดถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอคัดสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (กรณีผู้มีอำนาจกระทำการแทน )  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....ในฐานะผู้มีอำนาจกระทำการแทน  
ผู้ป่วยซึ่งเกี่ยวข้องเป็น  ผู้รับมอบอำนาจ  
 บิดา มารดา บุตร คู่สมรส ตามกฎหมาย มีความสัมพันธ์เป็น.....  
 บิดา มารดา บุตร คู่สมรส ตามกฎหมาย กรณีผู้ป่วยถึงแก่ความตาย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น

มีความประสงค์จะขอ ประวัติการรักษาของผู้ป่วยชื่อ .....  
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....เพื่อนำไปประกอบ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอประวัติ  
(.....)

หลักฐานที่ต้องนำมาประกอบการขอประวัติการรักษาพยาบาล

๑. กรณีที่ของประวัติการรักษาแทน
  - ๑.๑ แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
  - ๑.๒ แนบสำเนาหนังสือหลักฐานที่แสดงความเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือพี่น้องร่วมบิดามารดาของผู้ป่วย (เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน ทะเบียนสมรส) (พร้อมรับรอง สำเนาถูกต้อง)