



เลขที่.....

แบบฟอร์ม การขอให้ลงรหัสโรค ICD10 / ICD9 ข้อมูลสถิติและรายงาน

กลุ่มงานสุขภาพจิตจิตัล โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอให้บริการ	
จาก กลุ่มงาน/ฝ่าย..... ขอแจ้งใช้บริการ การขอให้รหัสโรค ICD10/ ICD 9 ข้อมูลสถิติและรายงาน วัตถุประสงค์ของการใช้ข้อมูล/รายงาน รายละเอียดคำร้องขอ (โปรดระบุรายละเอียด) ลงชื่อ.....(ผู้ขอใช้บริการ) (.....) วันที่...../...../.....	
ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานสุขภาพจิตจิตัล	
ความคิดเห็นหัวหน้า กลุ่มงานสุขภาพจิติตัล แจ้งเวชสถิติ แจ้งงานสารสนเทศ ผู้มอบหมายงาน..... วันที่...../...../.....	ผลการดำเนินงาน ผู้ดำเนินการ..... วันที่...../...../.....
การส่งมอบงาน ประเมินความพึงพอใจ ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ ปรับปรุง ข้อเสนอแนะ..... ผู้ขอใช้บริการ.....	เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสขนาลัย เพื่อทราบ (นายชัยพร อมรมณีพงศ์) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสขนาลัย วันที่...../...../.....