



ใบขอรับแผ่น CD/ฟิล์มเอกซเรย์

ข้อมูลผู้มาขอรับ

ชื่อ – สกุล เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

ที่อยู่ (ตามบัตรไม่ต้องกรอก)

เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วย บุตร บิดา มารดา ภรรยา สามี อื่นๆ (ระบุ)

ได้รับแผ่น CD/ฟิล์มเอกซเรย์ ของผู้ป่วยไปจากกลุ่มงานรังสีวิทยา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พร้อมแนบสำเนาบัตรไว้เป็นหลักฐาน (กรณีไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของสถาบันฯ) วัตถุประสงค์เพื่อ รักษาต่อที่ อื่นๆ.....

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ – สกุล H.N. WARD

แผ่น CD จำนวน แผ่นพร้อมสำเนาผลเอกซเรย์จำนวน

ฟิล์มเอกซเรย์ GENERAL จำนวน แผ่นพร้อมสำเนาผลเอกซเรย์จำนวน

CT.SCAN จำนวน แผ่นพร้อมสำเนาผลเอกซเรย์จำนวน

ULTRASOUND จำนวน แผ่นพร้อมสำเนาผลเอกซเรย์จำนวน

วันที่ขอรับ วันที่คืน (กรณีฟิล์มเอกซเรย์มีกำหนดยืม 2 เดือน)

ลงชื่อ

(ผู้มาขอรับ)

ลงชื่อ

(เจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา)

กรณีที่ต้องจำหน่ายผู้ป่วย และนำออกไปนอกสถาบันฯ แพทย์ต้องลงนามเป็นผู้อนุญาต

ลงชื่อ

(แพทย์ผู้อนุญาต)