



แบบฟอร์มขอคัดถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
(กรณีเจ้าของประวัติเป็นผู้ยื่นด้วยตนเอง)

F-WI-RAISO-HD-004/01,
Rev.00

เจ้าของประวัติ

หนังสือขอคัดถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....

เนื่องจากข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) อายุปี

หมายเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย (HN.) ซึ่งเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลรามธิบดี

มีความประสงค์จะขอประวัติการรักษาของตนเองเพื่อนำไปประกอบ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอประวัติ

(.....)

หลักฐานที่ต้องนำมาประกอบการขอประวัติการรักษาพยาบาล

๑. กรณีที่ผู้ป่วยยื่นขอด้วยตนเอง

๑.๑ แนบสำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่นๆ ที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกให้
(พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

๑.๒ บัตรโรงพยาบาล หรือมีหมายเลขบัตรโรงพยาบาลของผู้ป่วย

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