



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

เริ่มใช้วันที่ ๒๐ พ.ย. ๒๕๖๑

แบบคำร้องขอประวัติการรักษา

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ของผู้ป่วย ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....

มีความประสงค์ขอประวัติการรักษาของผู้ป่วยเพื่อ

.....
.....
.....

**หากประวัตินี้รั่วไหลข้าพเจ้าจะขอรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว

พร้อมแนบสำเนาเอกสารที่ทางราชการออกให้ มาด้วยจำนวน.....ฉบับ

- ใบมอบฉันทะ
- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาอื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลในเอกสารฉบับนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.

ผู้ยื่นคำร้อง

เจ้าหน้าที่เวชระเบียน