

แบบฟอร์มการขอสำเนา CD/DVD ภาพถ่ายทางรังสี เพื่อการส่งต่อการรักษา/ การส่งภาพเข้าระบบ cloud
วันที่.....

ข้าพเจ้า นพ./พญ.จาก OPD/ ward.....

มีความต้องการ

☐ ส่งภาพรังสีเข้าระบบ cloud ของ โรงพยาบาล.....
ชนิดการตรวจ.....วันที่ทำการตรวจ.....

☐ การขอสำเนา CD/DVD เพื่อส่งต่อการรักษาโรงพยาบาล.....
ชนิดการตรวจ.....วันที่ทำการตรวจ.....

ของ นาย/นาง/น.ส.....HN.....

เลขที่บัตรประชาชน.....

ชื่อผู้รับ ผลอ่าน/แผ่น CD นาย/นาง/น.ส.....

เลขที่บัตรประชาชน.....ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

(.....) (.....) (.....)
ผู้ป่วย/ญาติ เจ้าหน้าที่แผนกรังสี แพทย์ผู้รักษา

แบบฟอร์มการขอสำเนา CD/DVD ภาพถ่ายทางรังสี เพื่อการส่งต่อการรักษา/ การส่งภาพเข้าระบบ cloud
วันที่.....

ข้าพเจ้า นพ./พญ.จาก OPD/ ward.....

มีความต้องการ

☐ ส่งภาพรังสีเข้าระบบ cloud ของ โรงพยาบาล.....
ชนิดการตรวจ.....วันที่ทำการตรวจ.....

☐ การขอสำเนา CD/DVD เพื่อส่งต่อการรักษาโรงพยาบาล.....
ชนิดการตรวจ.....วันที่ทำการตรวจ.....

ของ นาย/นาง/น.ส.....HN.....

เลขที่บัตรประชาชน.....

ชื่อผู้รับ ผลอ่าน/แผ่น CD นาย/นาง/น.ส.....

เลขที่บัตรประชาชน.....ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

(.....) (.....) (.....)
ผู้ป่วย/ญาติ เจ้าหน้าที่แผนกรังสี แพทย์ผู้รักษา