

เลขที่รับ
วันที่รับ

แบบฟอร์มขอแก้ไขข้อมูลการให้บริการ การบันทึกการรักษายาบาล ในโปรแกรม HOSxP
โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ฝ่าย/งาน/กลุ่มงาน

มีความต้องการให้งานสารสนเทศ ทำการแก้ไขข้อมูล การบันทึกการรักษายาบาล ดังต่อไปนี้

ประเภทผู้ป่วย ☐ OPD ☐ IPD HN AN ชื่อ - สกุล

1.

2.

3.

4.

สาเหตุการแก้ไขข้อมูลครั้งนี้ เพื่อ

.....

(ลงชื่อ) ผู้ขอแก้ไขข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน เพื่อทราบ

ลงชื่อ

(.....)

ลงวันที่

เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ เพื่อโปรดพิจารณา

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

.....

(นายกฤษฎา ศิริภูมิ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

ลงวันที่

+++++

ส่วนของงานสารสนเทศ

☐ ดำเนินการแล้วเสร็จ วันที่

☐ ดำเนินการไม่ได้เนื่องจาก

.....

(ลงชื่อ) ผู้ขอแก้ไขข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง

วัน เดือนปี...../...../.....

(ลงชื่อ) ผู้ดำเนินการ

(.....)

ตำแหน่ง

วัน เดือนปี...../...../.....