

ข้อมูลของผู้ป่วยเจ้าของประวัติ (Patient's personal information)	ชื่อ (Name) ว/ด/ป เกิด (Date of Birth) HN ที่อยู่ปัจจุบัน (Address)
ข้อมูลของผู้ขอประวัติ (Patient's representative information)	☐ ผู้ป่วยเอง (Patient) ☐ ผู้รับมอบอำนาจ (Patient's representative - person or authority holding valid power of attorney) ชื่อ-นามสกุล (Name - Surname) ที่อยู่ (Address) โทรศัพท์ (Tel) E-mail..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Relationship to patient) ☐ ผู้มีอำนาจของ ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นาง / น.ส. Authorized proxy for Master / Miss / Mr. / Mrs. / Ms.
หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย หมายถึง ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 20 ปี หรือไม่ได้บรรลุนิติภาวะโดยจดทะเบียนสมรส) / ผู้อภิบาลของผู้ไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล / ผู้พิทักษ์ของบุคคลผู้เสมือนไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล Remarks: The patient's proxy means the next-of-kin or a court appointed legal representative/custodian of a minor (under 20 years) or adult with an incapacity or disability.	
รายละเอียดการขอประวัติการรักษา (Details of medical records request)	☐ ใบรับรองแพทย์ของวันที่ (Medical Certificate dated) ☐ เอกสารตรวจสุขภาพของวันที่ (Health Check-up Report dated) ☐ เอกสารสรุปผลการรักษาผู้ป่วยใน (Discharge Summary) (IPD) ☐ เอกสารสรุปผลการรักษาผู้ป่วยนอก(Summary of OPD Assessment) (OPD) ☐ สำเนาเอกสารประวัติการรักษาทั้งหมดผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน(Copies of all medical history documents OPD/IPD) ☐ รายงานผลการตรวจเลือด/ผลการวิเคราะห์ผลเอ็กซเรย์(Blood test report/X-Ray analysis) ☐ ผล Film Paper ทางX-Ray(ภาพถ่าย)(Film Paper results via X-Ray) ☐ ประวัติการฉีดวัคซีน (Vaccination History) ☐ อื่นๆ (Other, please explain)
วัตถุประสงค์ของการขอประวัติ (Purpose of release)	☐ เพื่อประโยชน์รักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นที่ (To continue treatment at other medical provider at) ☐ สมัครทำประกันของบริษัท (To apply for insurance from; please state) ☐ เบิกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัท (To claim compensation from; please state) ☐ เบิกเงินทดแทนจากสำนักงานประกันสังคม (To claim reimbursement from the Social Security Office) ☐ เบิกเงินทดแทนจากหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ (To claim compensation from the state) ☐ เพื่อประกอบการเข้าทำงาน (To be use at work) ☐ เพื่อเป็นข้อมูลส่งให้กับบริษัทที่ทำงาน (To provide information to the company that working) ☐ อื่นๆ (Other, please explain)
การส่งมอบเอกสาร (Authorization of release to)	☐ มารับ (ระบุชื่อผู้มารับ) Collected by (Recipient's name) ☐ ให้ส่งทางไปรษณีย์ ระบุที่อยู่ (Postal address) ☐ ส่งแฟกซ์ หรือ อีเมล ระบุ (Fax or Email address) ☐ Line OA หมายเหตุ: ทางโรงพยาบาลจะไม่ส่งผลการตรวจวิเคราะห์ Anti HIV และผลวิเคราะห์สิ่งเสพติดทุกชนิดให้ทางโทรสารและ E-Mail

	<u>Remarks:</u> To maintain confidentiality, HIV-antibody results cannot be sent by fax, post or email. Results must be collected in person.)	
เอกสารประกอบการขอประวัติ (Authorization evidence)	ผู้ป่วย (Patient) ☐ บัตรประชาชน /บัตรข้าราชการ/ (ID card / Other official ID) ☐ พาสปอร์ต (Passport) ☐ ใบขับขี่ (Driving License) ☐ อื่นๆ (ระบุ) (Other)..... ผู้รับมอบกระทำการแทน (Patient's representative or proxy) ผู้ป่วย (Patient) ☐ บัตรประชาชน /บัตรข้าราชการ/ (ID card / Other official ID) ☐ พาสปอร์ต (Passport) ☐ ใบขับขี่ (Driving License) ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย (Patient's representative or proxy) ☐ บัตรประชาชน /บัตรข้าราชการ/ (ID card / Other official ID) ☐ พาสปอร์ต (Passport) ☐ ใบขับขี่ (Driving License) ☐ ใบมอบอำนาจจากผู้ป่วย (Official letter of authorization) ☐ อื่นๆ (ระบุ) (Other).....	
ข้าพเจ้ายินยอมให้ประวัติการรักษาของข้าพเจ้ากับตัวแทน / ผู้ขอรับประวัติ ข้าพเจ้ายอมรับว่าข้อมูลครอบคลุมถึงการวินิจฉัย/การรักษาซึ่งเกี่ยวข้องกับ สุขภาพจิตหรือภาวะทางจิต, ยา และ/หรือ การติดแอลกอฮอล์, ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และ/หรือ ภาวะโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง I give permission to Bangkok Hospital Siriroj to release of my medical information to the person named above. I understand that my medical records may include information related to the diagnosis / treatment related to psychiatric or psychological conditions, drug and / or alcohol dependence, acquired immune deficiency syndrome (AIDS), and / or HIV status.		
โดยข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลอันอาจเกิดขึ้น เนื่องจากการเปิดเผยข้อมูลทางด้านสุขภาพดังกล่าว ทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่า ข้อมูลทางการแพทย์ถือเป็นข้อมูลความลับผู้ป่วย ที่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลกรุงเทพศิริโรจน์ มีหน้าที่ ที่จะรักษาข้อมูลความลับไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลใดๆแก่ผู้อื่น โดยมีได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม ข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลอันจะเกิดขึ้น เนื่องจากการเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ดังกล่าวทั้งหมดด้วยตนเอง I, hereby take full responsibility for all consequences that may occur from the disclosure of the above medical information,		
ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ (Requested by - name) ☐ ผู้ป่วย (Patient) ☐ ผู้รับมอบอำนาจ (Representative or proxy) วันที่ Dated..... เวลา Time	ลงชื่อผู้รับเรื่อง (Staff name) รหัสพนักงาน (Emp no.) แผนก(Dept.) วันที่ Dated เวลา Time	
แจ้งให้แพทย์รับทราบ (Notified Physician) ลงชื่อแพทย์ (Acknowledged Physician Signature) ☐ แพทย์เจ้าของไข้ ☐ แพทย์ผู้มีอำนาจ วันที่ Dated เวลา Time		

For use upon collection of records:

ลงชื่อผู้รับเอกสาร (Received by - name) ☐ ผู้ป่วย (Patient) ☐ ผู้รับมอบอำนาจ (Representative or proxy) วันที่ Dated เวลา Time	ลงชื่อผู้มอบเอกสาร (Staff name) รหัสพนักงาน (Emp no.) แผนก(Dept.) วันที่ Dated เวลา Time
--	--