



โรงพยาบาลวังเจ้า อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก

ระเบียบปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติงาน / วิธีการทำงาน / แนวทางเวชปฏิบัติ

ประเภทเอกสาร	วิธีปฏิบัติงาน	
ชื่อเอกสาร	การขอสำเนาประวัติการรักษา	
รหัสเอกสาร	WI-IM-๐๐๓	
แผนกที่เกี่ยวข้อง	แพทย์, แผนกธุรการ, ห้องเก็บเงิน	
วันที่ประกาศใช้	๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗	
ผู้จัดทำ	กลุ่มงานเวชระเบียน	 (นางสาวกัญฐาภรณ์ ทิพย์โพธิ์) นักสาธารณสุขชำนาญการ
ผู้ทบทวน	ประธานคณะกรรมการ PCT	 (นางสาวศรสวรรค์ นุ่มมีศรี) นายแพทย์ปฏิบัติการ
อนุมัติโดย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเจ้า	 (นายพิจารณ์ สารเสวก) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเจ้า

ฉบับแก้ไขครั้งที่ ๐๑

จำนวน ๔ หน้า

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า ๑/๔
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WI-IM-๐๐๓	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : ๑
เรื่อง : การขอสำเนาประวัติการรักษา	วันที่ : ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗
แผนก : กลุ่มงานเวชระเบียน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : แพทย์, แผนกธุรการ, ห้องเก็บ
ผู้จัดทำ : นางสาวกัญฐาภรณ์ ทิพย์โพธิ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๑. วัตถุประสงค์ (Objectives)

- ๑.๑ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการขอสำเนาเวชระเบียน
- ๑.๒ เพื่อลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการขอสำเนาประวัติการรักษา
- ๑.๓ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว
- ๑.๔ เพื่อป้องกันประวัติผู้ป่วยถูกเปิดเผยโดยผู้อื่น

๒. ขอบเขต (Scope)

ครอบคลุมการขอประวัติเพื่อการรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งการทำธุรกรรมอื่นๆ เช่น การเบิกชดเชยกับบริษัท ประกันภัยต่างๆ

๓. คำจำกัดความ (Definition)

สำเนาประวัติการรักษา คือ สำเนาเอกสารเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน รวมทั้งเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เช่น ผลเลือด, EKG, X-ray ,ประวัติการรับยา และอื่นๆตามแบบเอกสารคำขอ

๔. หน้าที่ความรับผิดชอบ (Responsibilities)

- ๔.๑ ตรวจสอบเอกสารแบบคำขอสำเนาเอกสารเวชระเบียน
- ๔.๒ ให้บริการจัดทำสำเนาเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- ๔.๓ จัดเก็บหลักฐานการขอสำเนาเวชระเบียน
- ๔.๔ ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

๕. ขั้นตอนการปฏิบัติหรือระเบียบปฏิบัติ (Procedure)

- ๕.๑ การขอสำเนาประวัติการรักษาด้วยตนเอง
 - ๕.๑.๑ ผู้รับบริการแจ้งความประสงค์ขอประวัติการรักษา ณ.ห้องเวชระเบียน
 - ๕.๑.๒ เขียนใบ “คำร้องขอเปิดเผยประวัติการรักษาผู้ป่วย” สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย และหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบเอกสารสำเนาบัตรประชาชนผู้ร้องขอ ระบุความเกี่ยวข้อง
 - ๕.๑.๓ งานเวชระเบียนตรวจสอบเอกสารตามหลักฐาน (ตามเอกสารอ้างอิง)
 - ๕.๑.๔ ส่งเอกสารเวชระเบียนพร้อมคำร้องเสนอแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อตรวจสอบข้อมูลความถูกต้อง

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า ๒/๔
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WI-IM-๐๐๓	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : ๑
เรื่อง : การขอสำเนาประวัติการรักษา	วันที่ : ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗
แผนก : กลุ่มงานเวชระเบียน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : แพทย์, แผนกธุรการ, ห้องเก็บ
ผู้จัดทำ : นางสาวกัญฐาภรณ์ ทิพย์โพธิ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๕.๑.๕ งานเวชระเบียนส่งสำเนาเวชระเบียนให้กับงานธุรการ เพื่อเสนอผู้อำนวยการทราบและอนุมัติ

๕.๑.๖ ส่งห้องการเงิน(ห้องเบอร์๗) เพื่อประทับตราโรงพยาบาลในสำเนาเวชระเบียน

๕.๑.๗ ติดต่อผู้ป่วย/ญาติเข้ารับเอกสาร

๕.๒ การขอสำเนาประวัติการรักษาทางไปรษณีย์

๕.๒.๑ ธุรการรับหนังสือ และเสนอผู้อำนวยการ

๕.๒.๒ ส่งหนังสือถึงเวชระเบียน เพื่อเวชระเบียนดำเนินการตรวจสอบหลักฐาน (ตามเอกสารที่อ้างอิง)

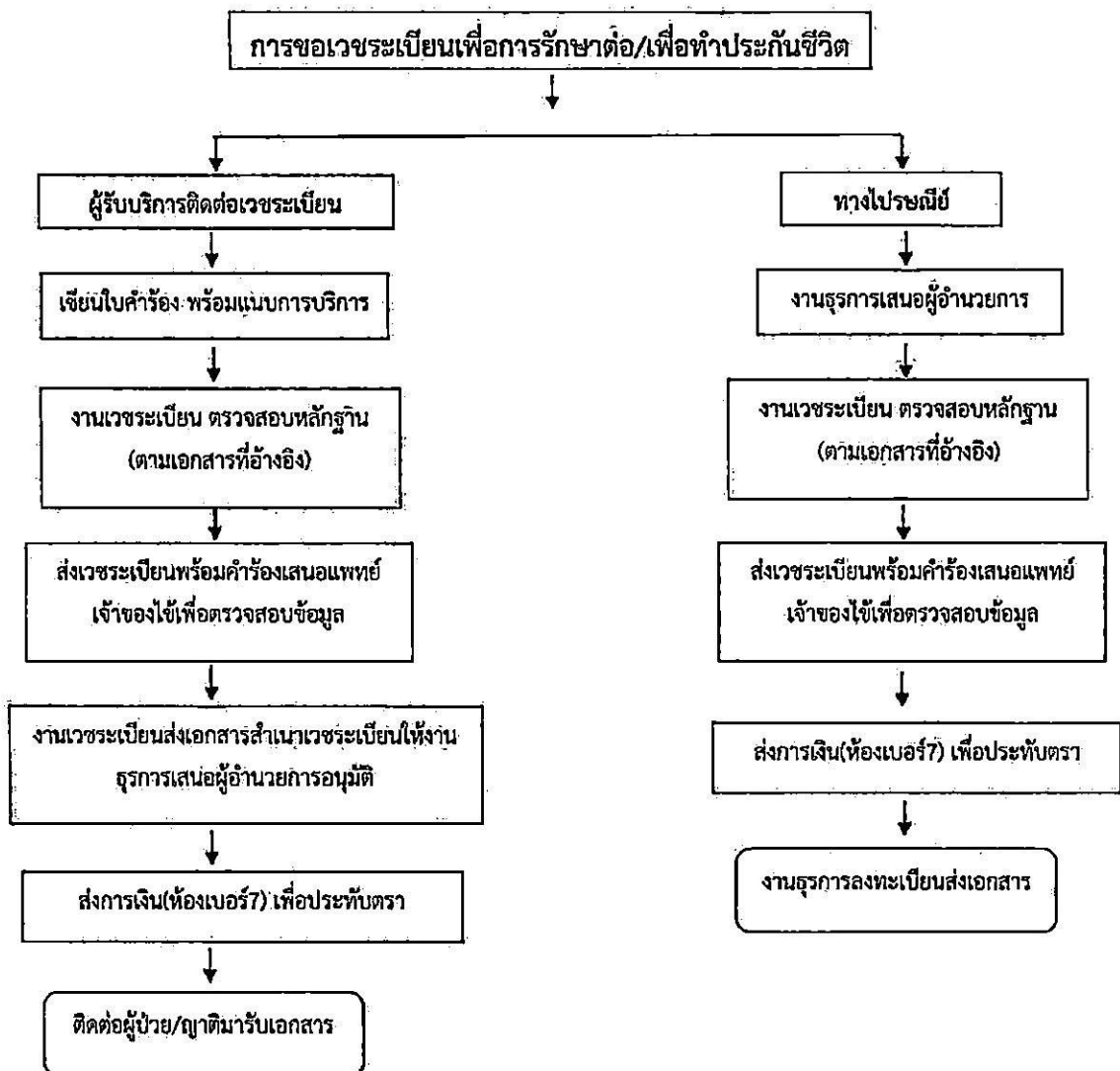
๕.๒.๓ ส่งเวชระเบียนพร้อมคำร้องเสนอแพทย์เจ้าของไข้เพื่อตรวจสอบข้อมูล

๕.๒.๔ ส่งการเงิน(ห้องเบอร์ ๗)เพื่อประทับตรา และออกใบเสร็จ

๕.๒.๕ งานธุรการลงทะเบียนส่งเอกสาร

โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า ๓/๔
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WI-IM-๐๐๓	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : ๑
เรื่อง : การขอสำเนาประวัติการรักษา	วันที่ : ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗
แผนก : กลุ่มงานเวชระเบียน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : แพทย์, แผนกธุรการ, ห้องเก็บ
ผู้จัดทำ : นางสาวกัญฐาภรณ์ ทิพย์โพธิ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

Flow Chart ขั้นตอนการสรุป การขอประวัติการรักษา



โรงพยาบาลวังเจ้า	หน้า ๔/๔
วิธีปฏิบัติงาน เลขที่ : WI-IM-๐๐๓	ฉบับแก้ไข ครั้งที่ : ๑
เรื่อง : การขอสำเนาประวัติการรักษา	วันที่ : ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗
แผนก : กลุ่มงานเวชระเบียน	แผนกที่เกี่ยวข้อง : แพทย์, แผนกธุรการ, ห้องเก็บ
ผู้จัดทำ : นางสาวกัญฐาภรณ์ ทิพย์โพธิ์	ผู้อนุมัติ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

คำร้องขอเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เขียนที่ _____
วันที่ _____

เรื่อง ขอเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเจ้า

ตัวข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว) _____ อายุ _____ ปี

เกี่ยวข้องกับ _____ ของผู้ป่วย มีความประสงค์ ดังนี้

() สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยนอก HN _____

() สำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยใน AN _____

() สำเนาใบสรุปคำรักษาพยาบาล _____

() อื่นๆ _____

ของ _____ อายุ _____ ปี จึงได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เพื่อ () ประกอบการรักษาพยาบาล _____

() เป็นหลักฐานทางกฎหมาย _____

() อื่นๆ โปรดระบุ _____

โดยนำหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

() หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติ

() สำเนาบัตรประจำประชาชน / ข้าราชการ / สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ป่วย

() สำเนาบัตรประจำประชาชน / ข้าราชการ / สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้อื่นสำร็จ

ข้าพเจ้าทราบดีว่า การกระทำของข้าพเจ้าอาจเกิดผลเสียหายต่อโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องหากมีผลเสียหายเกิดขึ้นจากการกระทำของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอรับผิดทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณ

ลงชื่อ _____ ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ผู้ดูแลรักษาเวชระเบียน

เห็นควร () อนุญาต () ไม่อนุญาต

() อื่นๆ ระบุ _____

ลงชื่อ _____

(.....)

ความเห็นแพทย์เจ้าของไข้

เห็นควร () อนุญาต () ไม่อนุญาต

() อื่นๆ ระบุ _____

ลงชื่อ _____

(.....)

ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เห็นควร () อนุญาต () ไม่อนุญาต

() อื่นๆ ระบุ _____

ลงชื่อ _____

(.....)

**หมายเหตุ ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ

เบอร์โทรสำหรับติดต่อได้ _____