

เขียนที่ โรงพยาบาลโพนสวรรค์
ตำบล โพนสวรรค์ อำเภอ โพนสวรรค์
จังหวัดนครพนม ๔๘๑๙๐

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอรทาบประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนสวรรค์

ด้วยผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
บ้าน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... ได้เข้ารับการ
รักษาที่โรงพยาบาลโพนสวรรค์มาก่อน ซึ่งได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างดี

เนื่องจากผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลประวัติการตรวจรักษาพยาบาล โดยขอถ่ายเอกสารสำเนาประวัติ
การรักษาพยาบาลทั้งหมด ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่านด้วยดี จึงใคร่ขอแสดงความ
ขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ ค่าธรรมเนียมในการขอประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)
พร้อมเอกสารบัตรประจำตัวประชาชน และทะเบียนบ้าน ของผู้ป่วยและพยานทั้ง ๒ คน

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ซอย.....ถนน

ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด ขอมอบอำนาจให้

เป็นผู้ดำเนินการแทนข้าพเจ้าในการขอประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลทั้งหมดของข้าพเจ้า

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ

(ลงชื่อ)ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)