

แบบฟอร์มขอทำการเพิ่มหรือแก้ไขรายการค่ารักษาพยาบาล

เรียน หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... เบอร์โทรภายใน..... มีความประสงค์จะทำการแก้ไขรายการค่ารักษาพยาบาล ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ชื่อรายการ

Bill code (รหัสกรมบัญชีกลาง) หน่วย.....

ราคา * IPD * OPD

กลุ่มค่ารักษา

<input type="checkbox"/> ค่าห้องและค่าอาหาร	<input type="checkbox"/> ค่าบริการฝังเข็ม และค่าบริการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ
<input type="checkbox"/> ค่าทำหัตถการ และวิสัญญี	<input type="checkbox"/> ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา
<input type="checkbox"/> ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค	<input type="checkbox"/> ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์
<input type="checkbox"/> ค่าบริการทางการแพทย์	<input type="checkbox"/> ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา
<input type="checkbox"/> ค่าบริการทางทันตกรรม	<input type="checkbox"/> ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ
<input type="checkbox"/> ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู	<input type="checkbox"/> ค่าเวชภัณฑ์ที่มีขาย
<input type="checkbox"/> ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	<input type="checkbox"/> ค่าบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

รายละเอียดอื่นๆ

จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอทำการเพิ่มหรือแก้ไขข้อมูล

ลงชื่อ.....

(..นางสาวนวลพิศ นาคเสน..)

หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์

เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ

เพราะ.....

ขอรับข้อมูลภายในวันทำการ (สำหรับผู้ขอ)

ด่วนมากภายใน ๓ วัน เนื่องจาก.....

ปกติ ภายใน ๑๐ วัน

ลงชื่อผู้รับข้อมูล.....วันที่รับข้อมูล.....

สำหรับผู้ดำเนินการ

รับแบบฟอร์มวันที่.....

เริ่มทำงานวันที่.....วันที่ทำเสร็จ.....

ลงชื่อผู้ทำงาน.....

หมายเหตุ.....

แบบฟอร์มขอทำการเพิ่มหรือแก้ไขรายการหัตถการ

เรียน หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... เบอร์โทรภายใน..... มีความประสงค์จะทำการเพิ่มเติมหรือแก้ไขรายการหัตถการ ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ชื่อรายการหัตถการ.....

ของหน่วยงาน OPD

IPD

รหัส และชื่อ ICD๙.....

รหัสกรมบัญชีกลาง ราคา

รายละเอียดอื่นๆ.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติแก้ไขหรือเพิ่มข้อมูลดังกล่าว

ขอรับข้อมูลภายในวันทำการ (สำหรับผู้ขอ)

ค่อนข้างมากภายใน ๓ วัน เนื่องจาก.....

ปกติ ภายใน ๑๐ วัน

ลงชื่อผู้รับข้อมูล.....วันที่รับข้อมูล.....

สำหรับผู้ดำเนินการ

รับแบบฟอร์มวันที่.....

เริ่มทำงานวันที่.....วันที่ทำเสร็จ.....

ลงชื่อผู้ทำงาน.....

หมายเหตุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอทำการแก้ไขหรือเพิ่มข้อมูล

ลงชื่อ.....

(..นางสาวนวลพิศ นาคเสน..)

หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์

เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ

เพราะ.....

.....

แบบฟอร์มแจ้งขอเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายผู้ป่วย

เรียน หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... เบอร์โทรภายใน..... มีความประสงค์จะทำการแก้ไขข้อมูลค่าใช้จ่ายผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

HN..... AN..... ชื่อ-สกุล.....

มารับบริการเมื่อวันที่.....

HN..... AN..... ชื่อ-สกุล.....

มารับบริการเมื่อวันที่.....

HN..... AN..... ชื่อ-สกุล.....

มารับบริการเมื่อวันที่.....

โดยมีรายละเอียดดังนี้.....

.....

.....

สาเหตุที่แก้ไขเพราะ

จึงเรียนมาเพื่อทำการแก้ไขข้อมูลดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอแก้ไขข้อมูล

ลงชื่อ.....

(..นางสาวนวลพิศ นาคเสน..)

หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์

เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ

เพราะ.....

.....

ขอรับข้อมูลภายในวันทำการ (สำหรับผู้ขอ)

ด่วนมากภายใน ๓ วัน เนื่องจาก.....

ปกติ ภายใน ๑๐ วัน

ลงชื่อผู้รับข้อมูล.....วันที่รับข้อมูล.....

สำหรับผู้ดำเนินการ

รับแบบฟอร์มวันที่.....

เริ่มทำงานวันที่.....วันที่ทำเสร็จ.....

ลงชื่อผู้ทำงาน.....

หมายเหตุ.....

แบบฟอร์มขอข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลปากคาด

เรียน หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... เบอร์โทรภายใน..... มีความประสงค์จะขอข้อมูลเพื่อ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ติดตามงาน PCT / นโยบาย | <input type="checkbox"/> ประชุม วันที่ |
| <input type="checkbox"/> งานประจำ | <input type="checkbox"/> วิจัย / เลื่อนระดับ |
| <input type="checkbox"/> หน่วยราชการอื่นขอ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

โดยมีรายละเอียดของข้อมูลที่ต้องการดังนี้

ความถี่ของการใช้ข้อมูล

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ครั้งเดียว |
| <input type="checkbox"/> รายวัน |
| <input type="checkbox"/> รายเดือน / รายปี |

รายละเอียดที่ต้องการ (เช่น จำนวนคน , ครั้ง, HN, AN, ชื่อ, อายุ, โรค เป็นต้น)

เงื่อนไขของข้อมูล (เช่น เฉพาะกลุ่มงานอายุรกรรม, เฉพาะเด็กแรกเกิด เป็นต้น)

จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติข้อมูลดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอข้อมูล

ลงชื่อ.....

(..นางสาวนวลพิศ นาคเสน..)

หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เห็นชอบ | <input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบ |
|----------------------------------|-------------------------------------|

เพราะ.....

.....

.....

ขอรับข้อมูลภายในวันทำการ (สำหรับผู้ขอข้อมูล)

ส่วนมาก ภายใน 3 วันเนื่องจาก.....

ปกติ ภายใน 10 วัน

ลงชื่อผู้รับข้อมูล.....วันที่รับข้อมูล.....

สำหรับผู้ทำงาน

รับแบบฟอร์มวันที่.....

เริ่มงานวันที่..... วันที่ทำเสร็จ.....

ลงชื่อผู้ทำงาน.....

หมายเหตุ.....

แบบฟอร์มแจ้งขอเปลี่ยนแปลงรหัสการวินิจฉัยโรค

เรียน หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์

ข้าพเจ้า นพ./พญ. ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... มีความประสงค์ให้ศูนย์คอมพิวเตอร์ทำการแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยดังนี้

ชื่อ-สกุล..... HN

มารับบริการวันที่.....

แก้ไขจากวินิจฉัยโรค ๑. รหัส..... เป็น.....

๒. รหัส..... เป็น.....

๓. รหัส..... เป็น.....

สาเหตุที่แก้ไข เพราะ.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อทำการแก้ไขข้อมูลดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอแก้ไขข้อมูล

ลงชื่อ

(..นางสาวนวลพิศ นาคเสน..)

หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์

ขอรับข้อมูลภายในวันทำการ (สำหรับผู้ขอข้อมูล)

ค่วนมาก ภายใน 3 วันเนื่องจาก.....

ปกติ ภายใน 10 วัน

ลงชื่อผู้รับข้อมูล.....วันที่รับข้อมูล.....

สำหรับผู้ทำงาน

รับแบบฟอร์มวันที่.....

เริ่มงานวันที่..... วันที่ทำเสร็จ.....

ลงชื่อผู้ทำงาน.....

หมายเหตุ.....