



JETANIN
INSTITUTE
FOR ADVANCED
REPRODUCTION

เลขที่ 5 ซอยเจริญพัฒนา ถนนสุขุมวิท กรุงเทพมหานคร 10130 โทร. (06) 0-2655-5300-10 โทรสาร. (06) 0-2655-5313
5 Soi Chetum Pundat Road, Suanphaw, Pathumwan, Bangkok 10130 Tel. (66) 0-2655-5300-10 fax (66) 0-2655-5313



Accreditation No.4052/51



แบบฟอร์มขอประวัติการรักษา / Requested for Treatment Summary Form

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ขอเอกสาร

เขียนที่ / At

วันที่ / Date

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว
Mr. / Mrs. / Miss

หมายเลขบัตรประชาชน / ใบขับขี่ / หนังสือเดินทาง หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
ID Card / Driving's License / Passport No. Phone No.

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น
Relative with patient as ☐ ผู้ป่วยเอง Patient ☐ ตัวแทนประกันชีวิต Life insurance agency ☐ อื่นๆ Other

มีความประสงค์จะขอรับเอกสารของ นาย / นาง / นางสาว HN
Request for medical documents of Mr. / Mrs. / Miss

- ☐ สรุปประวัติการรักษา / Summary of medical treatment
- ☐ สำเนาเอกสารทางการแพทย์ ดังนี้ ผลเลือด, ผลน้ำเชื้อ / Copy of medical document as Blood test report, Sperm report
- ☐ อื่นๆ / Other

วัตถุประสงค์เพื่อ / Objective:-

- ☐ เบิกบริษัท / เบิกราชการ / Claim from private or government office
- ☐ เบิกประกันสุขภาพ / Claim for health insurance
- ☐ รักษาต่อที่ / Refer to further treatment at
- ☐ เก็บไว้เป็นประวัติ / For record
- ☐ อื่นๆ / Others

โดยมีเอกสารประกอบการขอประวัติการรักษา ดังนี้ / As shown from some document below:-

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ หนังสือเดินทาง / Copy of ID card or passport
- ☐ หนังสือมอบอำนาจจากเจ้าของประวัติ / Appointment form from the patient

ลงชื่อ ผู้แจ้ง ลงชื่อ ผู้รับแจ้ง
Informer's Signature Official's Signature
(.....) (.....)
วันที่ / Date วันที่ / Date

ส่วนที่ 2 : สำหรับผู้อนุมัติ

☐ อนุมัติให้สำเนาเอกสารทางการแพทย์ ☐ ไม่อนุมัติ

☐ มอบให้เป็นผู้สรุปประวัติการรักษา

ลงชื่อ ผู้อนุมัติ
(.....)
วันที่ / Date

ส่วนที่ 3 : สำหรับผู้รับเอกสาร

ลงชื่อผู้รับเอกสาร ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้มอบเอกสาร
Receiver's Signature Official's Signature
(.....) (.....)
วันที่ / Date วันที่ / Date