



แบบฟอร์มขอเยี่ยมอุปกรณ์การแพทย์ สำหรับ Home Ward โรงพยาบาลบ้านนา

ชื่อ-สกุล ผู้เยี่ยม เบอร์โทร.....

เพื่อให้ผู้ป่วย ชื่อ.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

HN..... AN

ประเภทอุปกรณ์ที่เยี่ยม

- | | |
|--|---------------|
| ☐ กระเป๋าอุปกรณ์ | จำนวน.....ชุด |
| ☐ პროვადი | จำนวน.....ชุด |
| ☐ เครื่องออกซิเจนปลายนิ้วมือ | จำนวน.....ชุด |
| ☐ เครื่องวัดความดัน | จำนวน.....ชุด |
| ☐ เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) พร้อมเข็มเจาะแต่ละสัปดาห์ | จำนวน.....ชุด |
| ☐ อื่นๆ..... | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะดูแลรักษาอุปกรณ์ที่เยี่ยมเป็นอย่างดี โดยหากมีความเสียหายใด ๆ หรือมีการสูญหายเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะน้อมรับผิดชอบทั้งหมดทุกกรณีโดยไม่มีเงื่อนไข

ลงชื่อ..... ผู้เยี่ยม

ลงชื่อ..... ผู้ให้เยี่ยม

(.....)

(.....)

วันที่.....

วันที่.....

ส่งอุปกรณ์คืน

- | | |
|--|--|
| ☐ อุปกรณ์ครบถ้วน | |
| ☐ อุปกรณ์ชำรุด เนื่องจาก..... | |

ลงชื่อ..... ผู้ส่งคืน

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ

(.....)

(.....)

วันที่.....

วันที่.....