**ใบขออนุญาตใช้รถพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย**

เลขที่ Refer………………………………………..

โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

วันที่............ เดือน............................. พ.ศ...............

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

 ข้าพเจ้า.........................................................ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงาน...........................................

ขออนุญาตใช้รถพยาบาลเพื่อนำส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่ 🞎 รพ.ชัยภูมิ 🞎 รพ.มหาราชนครราชสีมา 🞎 รพ.ศูนย์ขอนแก่น

 🞎 รพ.ศรีนครินทร์ 🞎 รพ.............................................................

 🞎 รถยนต์หมายเลข.......................... เวลาออกเดินทาง....................

 โดยมีเจ้าหน้าที่ดังนี้ เวลารถถึงรพ.ปลายทาง………………………. เวลารถกลับ..........................

1.ชื่อ – สกุล....................................................................... 🞎 พยาบาล เวรมือ 1 🞎 พยาบาลเวรฉุกเฉิน 1

2.ชื่อ – สกุล....................................................................... 🞎 พยาบาล เวรมือ 2 🞎 พยาบาลเวรฉุกเฉิน 2

3.ชื่อ – สกุล....................................................................... 🞎 พนักงานขับรถ มือ 1 คัดกรองแอลกอฮอล์ลมหายใจ

4.ชื่อ – สกุล....................................................................... 🞎 พนักงานขับรถ มือ 2 🞎 ผ่าน

 🞎 ไม่ผ่าน...................(mg%)

 **ผู้ป่วยคนที่ 1 ผู้ป่วยคนที่ 2**

ชื่อ-สกุล.....................................................อายุ............ปี

HN………..………AN…………..…….หอผู้ป่วย......................

การวินิจฉัย.....................................................................

…………………………………………………………………………….

 สิทธิ์การรักษา ประเภทผู้ป่วย

🞎 UC 🞎 หนักมาก/Emergent

🞎 พรบ. 🞎 กึ่งหนัก/ Urgent

🞎 ขรก. 🞎 ปานกลาง/ Non urgent

🞎 อื่นๆ

ชื่อ-สกุล.....................................................อายุ............ปี

HN………..………AN…………..…….หอผู้ป่วย......................

การวินิจฉัย.....................................................................

…………………………………………………………………………….

 สิทธิ์การรักษา ประเภทผู้ป่วย

🞎 UC 🞎 หนักมาก/Emergent

🞎 พรบ. 🞎 กึ่งหนัก/ Urgent

🞎 ขรก. 🞎 ปานกลาง/ Non urgent

🞎 อื่นๆ

**เหตุผลการส่งต่อ**........................................................................................................................................................................

ลงชื่อ.............................................ผู้ขออนุญาต(พยาบาล) ลงชื่อ........................................................(แพทย์เวร)

 (.............................................) (........................................................)

ตำแหน่ง........................................................ ตำแหน่ง.....................................................

 ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ

 🞎 อนุมัติ 🞎 ไม่อนุมัติ

 ลงชื่อ.............................................................................

 (นายสุภาพ สำราญวงษ์)

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ