**แบบฟอร์มการขอ Write CD / ทำภาพทางรังสีจากนอกรพ.เข้าเก็บในระบบPACS / Print Film**

นพ./พญ...............................................................................จาก OPD/Ward………………………………………………….

**ต้องการ**

□ Write CD โปรดระบุชนิดการตรวจ........................................................วันที่ทำการตรวจ.................................

□ นำภาพทางรังสีจากนอกรพ.เข้าเก็บในระบบ**PACS**

 โปรดระบุชนิดการตรวจ........................................................................วันที่ทำการตรวจ..................................

□ Print Film โปรดระบุชนิดการตรวจ.......................................................วันที่ทำการตรวจ.................................

ของผู้ป่วย.......................................................................................................HN……………………………………………….

เหตุผลการขอ.............................................................................................................................................................

○ ได้รับแผ่นCD/ฟิล์มเอกซเรย์.......................................... .……………………………………

 ( ) ผู้ป่วย/ญาติ/จนท.รพ. ( )

 แพทย์ผู้รักษา

**เจ้าหน้าที่แผนกรังสี** ……………………………………………………..

□ ทำแล้ว ( PACS Admin / รังสีแพทย์

□ ไม่ได้ทำ เนื่องจาก........................................................................................................................

✄…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**แบบฟอร์มการขอ Write CD / ทำภาพทางรังสีจากนอกรพ.เข้าเก็บในระบบPACS / Print Film**

นพ./พญ...............................................................................จาก OPD/Ward………………………………………………….

**ต้องการ**

□ Write CD โปรดระบุชนิดการตรวจ........................................................วันที่ทำการตรวจ.................................

□ นำภาพทางรังสีจากนอกรพ.เข้าเก็บในระบบ**PACS**

 โปรดระบุชนิดการตรวจ........................................................................วันที่ทำการตรวจ..................................

□ Print Film โปรดระบุชนิดการตรวจ.......................................................วันที่ทำการตรวจ.................................

ของผู้ป่วย.......................................................................................................HN……………………………………………….

เหตุผลการขอ.............................................................................................................................................................

○ ได้รับแผ่นCD/ฟิล์มเอกซเรย์.......................................... ..……………………………………

 ( ) ผู้ป่วย/ญาติ/จนท.รพ. ( )

 แพทย์ผู้รักษา

**เจ้าหน้าที่แผนกรังสี** ……………………………………………………..

□ ทำแล้ว ( PACS Admin / รังสีแพทย์

□ ไม่ได้ทำ เนื่องจาก........................................................................................................................