**แบบฟอร์ม การขอให้ลงรหัสโรค ICD10 / ICD9 ข้อมูลสถิติและรายงาน
กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย**

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอใช้บริการ** |
| จาก กลุ่มงาน/ฝ่าย............................................................................................................................................ขอแจ้งใช้บริการ **การขอให้ลงรหัสโรค ICD10 / ICD9 ข้อมูลสถิติและรายงานรายละเอียดคำร้องขอ ( โปรดระบุรายละเอียด)** ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ................................................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................................................ ลงชื่อ................................................(ผู้ขอใช้บริการ) (.................................................) วันที่........./.........../........... |
| **ส่วนที่ 2 สำหรับเวชสถิติ** |
| ความคิดเห็นหัวหน้า กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล .......................................................................................................................................................................................................................................................................ผู้มอบหมายงาน..................................................... วันที่........./.........../...........  | ผลการดำเนินงานแจ้งเวชสถิติ ............................................................................................................................................................................................แจ้งงานสารสนเทศ............................................................................................................................................................................................ผู้ดำเนินการ..................................................... วันที่........./.........../...........  |
| **การส่งมอบงาน**ประเมินความพึงพอใจO ดีมาก O ดี O พอใช้ O ปรับปรุงข้อเสนอแนะ...................................................................................................................................................................................................................................................................ผู้ขอใช้บริการ............................... | **เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย เพื่อทราบ**(นายศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว)ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชนาลัยวันที่........./.........../........... |