บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา **หอผู้ป่วย**..... โทร.....

ที่ อย ๐๐๓๒.๑๒๕/พิเศษ **วันที่**.....

เรื่อง ขอยกเลิกการเบิกยากลับบ้านของผู้ป่วย.....

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

ตามที่ หอผู้ป่วยได้ดำเนินการเบิกยากลับบ้านให้แก่ผู้ป่วย (ตามรายละเอียดแนบท้าย) แต่เนื่องจาก.....

จึงจำเป็นต้องพักรักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วย และทางหอผู้ป่วยมีความประสงค์ให้ห้องยาผู้ป่วยในดำเนินการดังนี้

- ○ ขอยกเลิกการเบิกยากลับบ้าน
- ○ ขอเบิกยาอื่นๆ เพิ่มเติมตามแผนการรักษาของแพทย์
- ○ อื่นๆ โปรดระบุ.....

พร้อมได้แนบเอกสารมา ดังนี้

๑) ยากลับบ้านของผู้ป่วยที่ต้องการยกเลิก

๒) คำสั่งการใช้ยาของแพทย์ที่ต้องการใช้ยาต่อ (Review order)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

สติ๊กเกอร์ผู้ป่วย

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าเวร

ลงชื่อ .....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

เจ้าพนักงานเภสัชกรรม

ลงชื่อ.....ผู้อนุญาต

(.....)

หัวหน้าห้องยาผู้ป่วยใน