



คู่มือสำหรับประชาชน

การขอสำเนาประวัติการรักษา

โรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน

2569



โรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน
กรมการแพทย์

CONTENTS.

— สารบัญ

1. ช่องทางการให้บริการ.....	3
2. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอ..... และในการพิจารณาอนุญาต	3
3. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ.....	6
4. รายงานเอกสารหลักฐานประกอบ.....	7
5. ค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการ.....	8
6. ใบอนุญาต.....	8
7. การใช้ดุลยพินิจ.....	9
8. แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก.....	9
9. ช่องทางการร้องเรียน.....	12
10. ผู้ประสานการจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน.....	12

1. ช่องทางการให้บริการ

- ยื่นด้วยตนเอง : อาคารผู้ป่วยนอก ห้องเวชระเบียน
- หมายเหตุ : เปิดทำการทุกวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 8.30 – 16.30 น.
(ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

2. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

2.1 หลักเกณฑ์

2.1.1 ผู้มีสิทธิ์ขอสำเนาประวัติการรักษา ได้แก่

- ผู้ป่วยเจ้าของข้อมูล
- ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย
- บิดา มารดา บุตร หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 20 ปี)
- หน่วยงานของรัฐ เช่น โรงพยาบาล, ศาล, พนักงานสอบสวน, บริษัทประกัน
โดยต้องมีหนังสือ
- ราชการ / หมายศาล / หนังสือยินยอมจากผู้ป่วย

2. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

2.1 หลักเกณฑ์ (ต่อ)

2.1.2 เอกสารประกอบการขอสำเนาประวัติการรักษา

1. ผู้ป่วยยื่นคำขอด้วยตนเอง

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

2. ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย

- หนังสือมอบอำนาจ

- สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย 1 ฉบับ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

- สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วยผู้รับมอบ 1 ฉบับ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

3. บิดา มารดา บุตร หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 20 ปี)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย 1 ฉบับ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอประวัติ 1 ฉบับ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

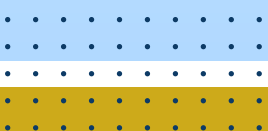
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอประวัติ 1 ฉบับ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

- หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย ฉบับจริง

4. หน่วยงานราชการ

- หนังสือราชการ/หมายศาล (โรงพยาบาล, ศาล)

- หนังสือราชการ, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย, ใบเซ็นยินยอมเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย, สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานบริษัท (บริษัทประกัน)



2. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

2.2 แนวทาง/เงื่อนไข

การเปิดเผยข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วย ต้องเป็นไปตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) รวมถึงระเบียบและข้อกำหนดของโรงพยาบาล

ทั้งนี้ การเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวต้องได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายก่อนดำเนินการทุกครั้ง

กรณีที่ไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลได้ มีดังต่อไปนี้

1. ผู้ยื่นคำขอไม่สามารถแสดงเอกสารหลักฐานที่ยืนยันสิทธิ์ในการขอรับข้อมูลได้อย่างชัดเจน
2. ไม่มีหนังสือยินยอมจากผู้ป่วย หรือจากผู้มีอำนาจให้ความยินยอมตามกฎหมาย
3. การเปิดเผยข้อมูลอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิทธิ ความเป็นส่วนตัว หรือประโยชน์อันชอบธรรมของผู้ป่วย หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ โรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาไม่เปิดเผยข้อมูล หากเห็นว่า การเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความเสียหาย หรือไม่เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบที่กำหนดไว้

3. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ขั้นตอน	รายละเอียด	ระยะเวลาพิจารณา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. การยื่นคำขอ	ผู้ขอกรอกแบบคำร้องขอสำเนาประวัติการรักษา พร้อมแสดงเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง	5 นาที	เวชระเบียน
2. การตรวจสอบเอกสารและสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูล	เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน เพื่อยืนยันตัวตนและสิทธิ์ของผู้ยื่นคำร้องตามระเบียบที่กำหนด	3 นาที	เวชระเบียน
3. ชำระค่าธรรมเนียม**	- ค่าธรรมเนียมการขอประวัติการรักษา 1. เพื่อใช้ประกอบการรักษาพยาบาล, หลักฐานทางกฎหมาย 200 บาท 2. เพื่อใช้เบิกบริษัทประกันชีวิต 300 บาท - ช่องทางการชำระค่าบริการ เงินสด, Internet banking	2 นาที	การเงิน
4. การเสนอพิจารณาอนุมัติ	เมื่อเอกสารครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่ดำเนินการเสนอเรื่องเพื่อพิจารณาอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย	1-2 วันทำการ	องค์กรแพทย์
5. จัดเตรียมสำเนาเอกสารเวชระเบียน	หลังจากได้รับการอนุมัติ งานเวชระเบียนดำเนินการค้นหาและจัดทำสำเนาประวัติการรักษาตามที่คุณขอระบุ	1 วันทำการ	เวชระเบียน
6. ให้ผู้มีอำนาจรับรองสำเนาถูกต้อง	เสนอให้รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพรับรองสำเนาถูกต้อง หรือ ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ	1-2 วันทำการ	องค์กรแพทย์
7. รับเอกสาร	เจ้าหน้าที่ดำเนินการติดต่อประสานผู้ยื่นคำขอสำเนาประวัติการรักษาให้มารับเอกสาร ทั้งนี้ ผู้รับเอกสารต้องลงลายมือชื่อในทะเบียนรับเอกสารไว้เป็นหลักฐานทุกครั้ง	1 นาที	เวชระเบียน

** ยกเว้น กรณีหน่วยงานราชการขอเพื่อใช้ประกอบแนวทางการรักษา หรือ ศาลใช้พิจารณาทางคดีความ **

ระยะเวลาดำเนินการรวม : 5 วันทำการ

4. รายงานเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสาร	หมวดเอกสาร	ประเภทการใช้เอกสาร	หมายเหตุ
1. หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย	เอกสารแสดงเจตจำนง	ใช้เป็นหลักฐานยืนยันว่า ผู้ป่วย อนุญาตให้โรงพยาบาลเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) ให้แก่ผู้อื่น	ต้องลงลายมือชื่อผู้ป่วย
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย	เอกสารแสดงเจตจำนง	ใช้ยืนยันตัวตนกรณีผู้ป่วยยื่นคำร้องด้วยตนเอง	สำเนาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ หรือญาติสายตรง	เอกสารแสดงเจตจำนง	ใช้ยืนยันตัวตนผู้รับมอบอำนาจ และ พิสูจน์ทราบตัวตนของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันการสวมสิทธิ์หรือการเข้าถึงข้อมูลโดยมิชอบ	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอประวัติ	เอกสารแสดงความสัมพันธ์	ใช้ยืนยันที่อยู่ปัจจุบัน หรือยืนยันความสัมพันธ์ทางสายเลือด (กรณีญาติสายตรงเป็นผู้ขอแทน)	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
5. หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วยฉบับจริง	เอกสารมอบสิทธิ์ทางกฎหมาย	ใช้ยืนยันที่อยู่ปัจจุบัน หรือยืนยันความสัมพันธ์ทางสายเลือด (กรณีญาติสายตรงเป็นผู้ขอแทน)	ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
6. หนังสือราชการจากหน่วยงานรัฐ	เอกสารราชการ	ใช้กรณีหน่วยงานรัฐร้องขอข้อมูล	ต้องมีเลขที่หนังสือราชการ
7. หมายศาล / หนังสือพนักงานสอบสวน	เอกสารกระบวนการยุติธรรม	ใช้กรณีคดีความหรือการสอบสวน	ดำเนินการตามกฎหมายและระเบียบโรงพยาบาล

5. ค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการ

1. ค่าธรรมเนียมการขอประวัติการรักษา
 - เพื่อใช้ประกอบการรักษาพยาบาล , หลักฐานทางกฎหมาย 200 บาท
 - เพื่อใช้เบิกบริษัทประกันชีวิต 300 บาท
 2. ช่องทางการชำระค่าบริการ เงินสด, Internet banking
- ** ยกเว้น กรณีหน่วยงานราชการขอเพื่อใช้ประกอบแนวทางการรักษา หรือ ศาลใช้พิจารณาทางคดี **

6. ใบอนุญาต

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การจัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทสถานพยาบาลที่เป็นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นของรัฐ พ.ศ. 2555
ณ วันที่ 26 กรกฎาคม 2555
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง จัดตั้งสถานพยาบาล ประเภทสถานพยาบาลที่เป็นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นของรัฐ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2559
ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2559

7. การใช้ดุลยพินิจ

การพิจารณาเปิดเผยข้อมูลและการให้สำเนาประวัติการรักษาผู้ป่วย

ขั้นตอน	การใช้ดุลยพินิจ	มาตรฐานที่ใช้	Link กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
1. ตรวจสอบตัวตนผู้ยื่นคำขอ	พิจารณาความถูกต้องของเอกสารแสดงตัวตนและสิทธิในการยื่นคำขอ	แนวทางการพิสูจน์ตัวตนผู้รับบริการ / ระเบียบงานเวชระเบียนโรงพยาบาล	พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562
2. ตรวจสอบสิทธิในการเข้าถึงข้อมูล	พิจารณาว่าผู้ยื่นคำขอเป็นเจ้าของข้อมูล ผู้รับมอบอำนาจ หรือผู้มีสิทธิ์ตามกฎหมาย	แนวทางการคุ้มครองความลับผู้ป่วย (Patient Confidentiality)	พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550
3. พิจารณาความเหมาะสมในการเปิดเผยข้อมูล	พิจารณาว่าการเปิดเผยข้อมูลอาจกระทบสิทธิของผู้ป่วย หรือบุคคลอื่นหรือไม่	แนวทางการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาล / มาตรฐานเวชระเบียน	พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562
4. เสนอผู้มีอำนาจพิจารณาอนุมัติ	พิจารณาอนุมัติการเปิดเผยข้อมูลตามอำนาจหน้าที่	ระเบียบการอนุมัติการเปิดเผยข้อมูลเวชระเบียน	พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550
5. รับรองสำเนาเอกสาร	พิจารณาความครบถ้วนและถูกต้องของเอกสารก่อนรับรองสำเนา	ระเบียบการรับรองสำเนาถูกต้องของหน่วยงานราชการ	ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ
6. การส่งมอบเอกสารแก่ผู้ขอ	พิจารณาวิธีการส่งมอบที่เหมาะสมและปลอดภัย พร้อมลงนามรับเอกสาร	แนวทางการควบคุมการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย	พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

8. แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1	แบบฟอร์มการขอประวัติการรักษาและถ่ายสำเนาเวชระเบียน
2	หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

8. แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

8.1 ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์มการขอประวัติการรักษา และถ่ายสำเนาเวชระเบียน

แบบฟอร์มการขอประวัติการรักษาและถ่ายสำเนาเวชระเบียน

เขียนที่..โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน..

วันที่...๑๕..ตุลาคม..๒๕๖๘.....

เรื่อง ขอดำย/คัดลอกสำเนาเวชระเบียน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

ด้วยข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....อยู่เย็น..เป็นสุข.....

เกี่ยวข้องกับ.....ผู้ป่วย.....ของผู้ป่วย มีความประสงค์ขอดำยสำเนาประวัติการรักษา

ของ.....นางอยู่เย็น..เป็นสุข.....อายุ.....๕๓.....ปี

ซึ่งเข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่.....๑๕.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ.....๒๕๖๘.....

ถึงวันที่.....๒๖.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ.....๒๕๖๘.....

กรณี ผู้ป่วยนอก (H.N...xxxxxxx.....)

ผู้ป่วยใน (A.N.....)

เพื่อ ประกอบการรักษาพยาบาล

ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

ทำประกันชีวิต หรือรับผลประโยชน์ประกันชีวิต

อื่นๆ (ระบุ).....

โดยนำหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ดังนี้

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

หนังสือขอประวัติการรักษาจากแพทย์/โรงพยาบาล ที่ต้องการ

บัตร และสำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการของผู้ป่วย

บัตร และสำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการของผู้ยื่นคำร้อง(ผู้แทนโดยชอบธรรม)

อื่นๆ ระบุ.....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....ชชช.....

ลงชื่อ.....อยู่เย็น.....

(.....ชชชชชชชชชชชชชชชช.....)

(.....นางอยู่เย็น..เป็นสุข.....)

รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

เบอร์โทรศัพท์...xxx-xxx-xxxx.....

ผู้ขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน

อนุมัติ

ลงชื่อ.....กกก.....

(.....กกกกกกกกกกกก.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

**หมายเหตุ ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ

8. แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

8.2 ตัวอย่างการกรอกหนังสือยินยอมให้เปิดเผย ประวัติการรักษาของผู้ป่วย

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เขียนที่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

วันที่...๑๕...เดือน...ตุลาคม...พ.ศ...๒๕๖๘..

ข้าพเจ้า(นาย, นาง, นางสาว).....อยู่เย็น.....เป็นสุข.....

บ้านเลขที่.....XXX.....หมู่.....(ต.รอก/ซอย/ถนน).....XXX.....ตำบล.....XXX.....

อำเภอ.....XXX.....จังหวัด.....XXX.....เบอร์โทรศัพท์...XXX-XXX-XXXX.....

เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วย

ผู้แทนผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....ในฐานะเป็น.....

(บุตร/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา) ของผู้ป่วย ยินยอมให้โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน เปิดเผยประวัติการ
รักษา ประวัติการเจ็บป่วยหรือสิ่งอื่น ๆ ที่ได้จากการตรวจพบในระหว่างการรักษา (ระบุชื่อผู้ป่วย).....

เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยหรือผู้มีส่วนได้เสีย รวมทั้งการรักษาพยาบาลในอนาคต เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

เพื่อนำไปประกอบการรักษาพยาบาล

เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบทางกฎหมาย/คดี/ศาล ฯลฯ

เพื่อการเคลมประกันชีวิตบริษัท.....

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาแสดงด้วยดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของของข้าพเจ้า

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....XXX.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....นางอยู่เย็น.....เป็นสุข.....)

ลงชื่อ.....YYY.....พยาน

(.....นายเป็นสุข.....อยู่เย็น.....)

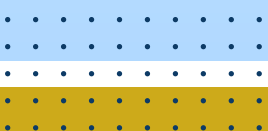
**หมายเหตุ ถ้าผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ

9. ช่องทางการร้องเรียน

- เพจ Facebook โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
- <https://www.thanyarakmhs.go.th/>
- ผู้รับฟังความคิดเห็นผู้รับบริการ
- หมายเลขโทรศัพท์โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน 053-613051-6

10. ผู้ประสานการจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน


- นายเอกชัย ไกรเกริกเกียรติ ตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติปฏิบัติงาน
053-613051-6 ต่อ 621
- นางสาวนิชาลฎา พิทักษ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
053-613051-6 ต่อ 653






โรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



 ที่ตั้ง 335 หมู่ 12 ตำบลปางหมู
อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

 053-613051-6

 <https://www.thanyarakmhs.go.th/>

 โรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน