



แบบฟอร์มขอเบิก-ยืมพาราฟินบล็อกและ/หรือสไลด์

F-WI-RG-004/01

วันที่รับเรื่อง

ภาควิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์. 02-2188797-8 โทรสาร. 02-2188798

ชื่อทันตแพทย์/แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง.....หน่วยงาน

หรือผู้ป่วย เบอร์โทร

มีความประสงค์จะขอ ☐ สไลด์ ☐ พาราฟินบล็อก

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย	HN.	Patho NO.	สไลด์	พาราฟินบล็อก
รวมจำนวนสไลด์/พาราฟินบล็อก			แผ่น	บล็อก

เหตุผลเพื่อ ☐ นำไปประกอบการรักษาต่อ

☐ อื่น ๆ (ระบุ)

ลงชื่อทันตแพทย์/แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง/ผู้ป่วย

วันที่

การติดต่อขอรับสไลด์ / พาราฟินบล็อก (โปรดระบุ)

☐ ทันตแพทย์/แพทย์มารับแทน ลงชื่อผู้รับตัวบรรจง.....วันที่มารับ.....
หน่วยงาน.....

☐ ผู้ป่วยมารับด้วยตนเอง โปรดระบุเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยให้ชัดเจน

* ลงชื่อตัวบรรจง วันที่มารับ

(ถ่ายสำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย)

☐ ญาติผู้ป่วยมารับแทน โปรดระบุชื่อผู้มารับ

เกี่ยวข้องเป็น โปรดระบุเบอร์โทรศัพท์ญาติผู้ป่วยให้ชัดเจน.....

* ลงชื่อตัวบรรจง วันที่มารับ

(ถ่ายสำเนาบัตรประชาชนของญาติผู้ป่วยที่มารับแทน)

หมายเหตุ - ตรวจสอบจำนวน สไลด์/พาราฟินบล็อก ให้ครบก่อนลงชื่อรับ หากลงชื่อรับแล้วมีการสูญหายทาง
ภาควิชาทันตพยาธิวิทยา จะไม่รับผิดชอบ

- ผู้มาติดต่อรับสไลด์ / พาราฟินบล็อก แทน หากไม่ใช่บุคคลตามที่แจ้งไว้ (ให้ถ่ายสำเนาบัตรประชาชนของ
ผู้รับที่ระบุ โดยต้องลงชื่อรับรองสำเนาให้เรียบร้อย+สำเนาบัตรประชาชนของผู้มารับแทน)

- กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้ล่วงหน้า 5 วันทำการก่อนมารับสไลด์/พาราฟินบล็อก เนื่องจากต้องแจ้งให้
ทันตพยาธิแพทย์ทราบและต้องมีการ Recut (ตัด) เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานในการให้คำวินิจฉัย

เฉพาะเจ้าหน้าที่ภาควิชาทันตพยาธิวิทยา

☐ อนุมัติให้ดำเนินการได้

☐ ไม่อนุมัติ (ระบุเหตุผล)

ลงชื่อทันตพยาธิแพทย์..... วันที่

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ดำเนินการ วันที่