





## แบบฟอร์มขอใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

### ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอใช้บริการ

ชื่อ ภาษาไทย (นาย/ นาง /นางสาว).....สกุล.....

ชื่อ ภาษาอังกฤษ (Mr/ Ms/ Miss).....สกุล.....

ตำแหน่ง.....สังกัดกลุ่ม.....

วันที่ขอใช้งาน...../...../..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(ถ้ามี).....

วันเกิด.....เดือน.....พ.ศ.....เลขบัตรประชาชน ---

โทรศัพท์มือถือ.....Email.....

- |   |                                      |                                  |                                       |   |  |
|---|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> มีความประสงค์ที่จะใช้งาน | <input type="checkbox"/> เวชระเบียน  | <input type="checkbox"/> คัดกรอง | <input type="checkbox"/> ก่อนพบแพทย์  | <input type="checkbox"/> ห้องตรวจแพทย์    | <input type="checkbox"/> หลังพบแพทย์   |
| <input type="checkbox"/> ส่งคัมสมองกะห์           | <input type="checkbox"/> จิตวิทยา    | <input type="checkbox"/> ECT     | <input type="checkbox"/> Admit        | <input type="checkbox"/> ตักผู้ป่วย.....  |  |
| <input type="checkbox"/> จ่ายยา                   | <input type="checkbox"/> ยืนยันยา    | <input type="checkbox"/> คลังยา  | <input type="checkbox"/> ยาเดิม       | <input type="checkbox"/> จ่ายยา IPD       | <input type="checkbox"/> จิตสังคมบำบัด |
| <input type="checkbox"/> ฟันฟูสมรรถภาพ            | <input type="checkbox"/> จิตเวชชุมชน | <input type="checkbox"/> refer   | <input type="checkbox"/> X-Ray        | <input type="checkbox"/> พันตกรรม         | <input type="checkbox"/> การเงิน       |
| <input type="checkbox"/> ศูนย์สุขภาพะดอนตู        | <input type="checkbox"/> โภชนาการ    | <input type="checkbox"/> Lab     | <input type="checkbox"/> กิจกรรมกลุ่ม | <input type="checkbox"/> ศูนย์จิตประภัสร์ | <input type="checkbox"/> ฉุกเฉิน       |
| <input type="checkbox"/> ระบบIntranet             | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... |                                  |                                       |   |  |

Username: .....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 หรือพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับระบบคอมพิวเตอร์ฉบับล่าสุด อย่างเคร่งครัด

#### สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ดูแลระบบ

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ..... ผู้ร้องขอ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ..... หัวหน้า

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

#### หมายเหตุ

- เพื่อความปลอดภัยและการเข้าถึงข้อมูลและการรักษาความปลอดภัยนรหัสผ่าน ทุก 90 วัน
- ใช้งานหนึ่งรหัสต่อหนึ่งเครื่อง
- กรุณาเก็บรหัสผู้ใช้และรหัสผ่านเป็นความลับ
- กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศดำเนินการเก็บข้อมูลท่านอยู่ในชั้นความลับหากมีข้อสงสัยเพิ่มเติม โทร.63150 หรือ 63103