แบบบันทึกการปฏิเสธการติดต่อ REFER OUT หอผู้ป่วย.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่	HN	ชื่อ-สกุล	สิทธิ	DX.	สาเหตุการ refer	แพทย์ผู้ refer	รพ.ปลายทาง	เวลาเริ่มติดต่อ	เวลาสิ้นสุด	สาเหตุที่ไม่รับ	ผู้ประสานงาน

แบบฟอร์มนี้ใช้กับ Case ที่ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ส่งข้อมูลกลับศูนย์ Refer ภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน