แบบรับรองค่าบริการทางการแพทย์กรณีส่งตัวผู้ป่วยมาตรวจรักษาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....(วันที่ส่งมาทำหัตถการ/การรักษา)

โรงพยาบาลผู้ส่ง..... แผนก/ตึก .....

ชื่อผู้ป่วย ..... เพศ ☐ชาย☐หญิง อายุ ..... ปี เบอร์โทร.....

เลขบัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

สิทธิการรักษา ☐บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ารพ.....☐กรมบัญชีกลาง ☐ประกันสังคม

☐อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ/แผนกผู้รับประสาน .....

การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

เหตุผลการส่ง ☐เพื่อทำหัตการ(ระบุ) .....

☐เพื่อตรวจทางรังสี (ระบุ) .....

☐เพื่อรับยา (ระบุ) .....

☐อื่นๆ(ระบุ) .....

แพทย์ผู้ส่ง.....

ข้อกำหนด

เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดจากโรงพยาบาล.....ในการตรวจรักษาครั้งนี้เท่านั้น ตามระเบียบของสิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุน

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทน

FM-SOC-001

แบบรับรองค่าบริการทางการแพทย์กรณีส่งตัวผู้ป่วยโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เลขที่..... วันที่ 01 กันยายน 2568 เวลา 11:34 น.

รพ./สถานพยาบาล รหัส เป็น contractor ขนิด

ผู้ส่ง
ผู้รับ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

สำหรับผู้ส่ง

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	HN รพ.ผู้ส่ง	HN รพ.ผู้รับ	
	~~0947276~~		
ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย		เพศ	อายุ
		หญิง	55

โรค Other pleural conditions Haemothorax แพทย์ผู้ส่ง พัชราภา มหาวิจิตร,แพทย์หญิง

Left massive hemothorax

เหตุผลในการส่งตัวเพื่อ

☐ การวินิจฉัย ☐ รักษาเบื้องต้น ☐ รักษาต่อเนื่อง/ตามนัด

☐ ขอทราบผล ☐ เอกซ์เรย์คอมพิวเตอร์ ☐ ตรวจพิเศษอื่นๆ

ข้อกำหนดและความต้องการของผู้ส่ง

1. เรียกเก็บจากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

☐ โดยใช้สิทธิการรักษาได้เฉพาะตรวจพิเศษครั้งนี้เท่านั้น

☑ ใช้สิทธิ์ได้ถึงวันที่ 1/09/69

2. โปรดแจ้งผู้ส่งเมื่อวงเงินในการรักษาพยาบาลเกิน 50,000 บาท หรือการใช้ยากรณีพิเศษ

3. กรุณาส่งผู้ป่วยกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเมื่อแพทย์ผู้รักษาพิจารณาแล้วว่าสามารถกลับมารักษาต่อเนื่องได้

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้ส่งจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตัวอย่าง⇒* คนไข้ นักพากย รพ.ท่าโข้ Admit ศึก. ศัลยกรรมหญิง
เรียกเก็บ. รพ. พระนารายณ์มหาราช ~~ครั้งนี้เท่านั้น~~

- 1 ก.ย. 2568

ชื่อ .....

ตำแหน่ง .....

(พญ.นุชรินทร์ อักษรดี)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

หมายเหตุ รพ.พระนารายณ์มหาราช ขอรับผิดชอบค่าห้อง ค่าอาหาร อัตราวันละ 400 บาท ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข
รพ.พระนารายณ์มหาราช ขอรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ส่วนเกินผู้ป่วยชำระเงินเอง (โทร.036-785440) ต่อ