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

ใบรับรองการส่งตัวผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล
ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ / เบิกจ่ายตรง ประเภทผู้ป่วยใน

เลขที่..... วันที่ 20 พฤษภาคม 2568 เวลา 16:55 น.

รพ./สถานพยาบาล รหัส

ผู้ส่ง
ผู้รับ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

สำหรับผู้ส่ง

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	HN รพ.ผู้ส่ง	AN รพ.ผู้ส่ง	
	0057557		
ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย		เพศ ชาย	อายุ 81

โรค Other inflammatory liver diseases Abscess of liver
Liver abscess with KP septicemia

แพทย์ผู้ส่ง กันต์ โรจนกิจ,นพ.

เหตุผลในการส่งตัวเพื่อ

- ☐ การวินิจฉัย
- ☑ รักษาเบื้องต้น
- ☐ รักษาต่อเนื่อง/ตามนัด
- ☐ ขอทราบผล
- ☐ เอกซ์เรย์คอมพิวเตอร์
- ☐ ตรวจพิเศษอื่นๆ

ข้อกำหนดและความต้องการของผู้ส่ง

1. เรียกเก็บจากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
   - ☑ โดยใช้สิทธิการรักษาได้เฉพาะตรวจพิเศษครั้งนี้เท่านั้น (Admit พิศมหาบุรุษรม 5)
   - ☑ ~~ใช้สิทธิได้ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568~~ สำหรับตรวจ 23 พ.ค 2568
2. โปรดแจ้งผู้ส่งเมื่อวงเงินในการรักษาพยาบาลเกิน 50,000 บาท หรือการใช้ยากรณีพิเศษ
3. ...ส่งผู้ป่วยกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเมื่อแพทย์ผู้รักษาพิจารณาแล้วว่าสามารถกลับมารักษาต่อเนื่องได้ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ขอรับรองว่าโรงพยาบาลผู้ส่งเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้างประจำ / เบิกจ่ายตรงประเภทผู้ป่วยใน

(.....)

(พญ.นุชรินทร์ อักษรดี)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

หมายเหตุ รพ.พระนารายณ์มหาราช ขอรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบกรมบัญชีกลาง (ที่ กค 0471/ว 177 ลว. 24 พ.ย.49 เท่านั้น ส่วนเกินผู้ป่วยชำระเงินเอง (โทร 036 785440 9 ต่อ 2304)