

คู่มือการให้บริการ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่



โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
Lopburi Cancer Hospital

กรมการแพทย์

2. บัตรประชาชน



3. ใบรับรองสิทธิการรักษา

(ผู้ป่วยบัตรประกันสังคม/บัตรทองไม่ใช่มะเร็ง)

แบบรับรองค่าบริการทางการแพทย์ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยประกันสังคม FM-SOC-0
เลขที่ ๕๕๖๖ /๖๔ วันที่ 18 มี.ค. 2564 เวลา

รพ./สถานพยาบาล	รหัส	เป็น contractor ๓	
ผู้ส่ง	SUB	MAIN	SUPR
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ผู้รับ รพ. ๖๖/๑๕๖๑๖๖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ชื่อสถานประกอบการของผู้ประกันตน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

สำหรับผู้ส่ง
เลขที่ประกันสังคม HN รพ.ผู้ส่ง HN รพ.ผู้รับ
~~3155555555555555~~ 07555555

ชื่อ/สกุลผู้ประกันตน เพศ อายุ
~~นายสมชาย ใจดี~~ ม ๓๖

โรค 1. น ผ. Nasal cancer แพทย์ผู้ส่ง กาน
2. _____ เจ้าหน้าที่ผู้รับมีคชขบการติดต่อ (ในวงเล็บวงเล็บที่ พะวงค์ตรง
นี้สังกของกรรเวทปฏิบัติกร

เหตุผลในการส่งตัวเพื่อ
 การวินิจฉัย รักษาเบื้องต้น รักษาต่อเนื่อง / คามนัด
 ขอบทราบผล เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ตรวจพิเศษอื่นๆ.....

ข้อกำหนดและความต้องการของผู้ส่ง
เรียกเก็บจาก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
 โดยวิธีสิทธิรักษาได้เฉพาะ
 โดยวิธีสิทธิได้ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564

182 กก 2564

หมายเหตุ: สำเนาเอกสารข้อ 1, 2, 3 อย่างละ 3 ใบ

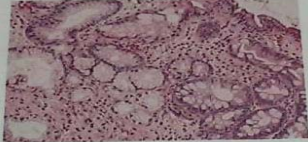
4. ผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ

- ผลชิ้นเนื้อทั้งหมดที่มี

Clinical History: Known case gastric lymphoma
Clinical Diagnosis: R/O recurrent gastric lymphoma
Type of Operation: Biopsy

Gross Examination:
Six pieces of gray white tissue measure 0.3-0.4 cm. Submitted totally in cassette A.

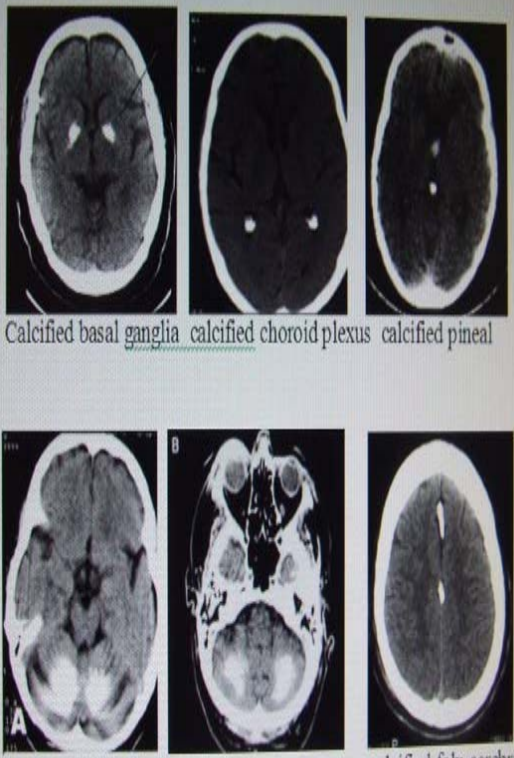
Microscopic Examination:
Sections of stomach show gastric antral mucosa. The surface epithelium is intact and the gland architecture shows mild disorganization. The lamina propria shows mild increase of neutrophils, eosinophils, lymphocytes and plasma cells together with focal cryptitis. Both mature and immature intestinal metaplasia is diffusely present. *H. pylori*-like organisms are not seen on routinely stained and Giemsa stained sections. There is no definite malignancy seen.



Pathological Diagnosis:
Stomach, biopsy;
- Mild chronic active gastritis with intestinal metaplasia.
- No *H. pylori* seen.
- No definite malignancy seen.

- ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และผลเอกซเรย์ปอด ทั้งหมดที่ทำ

(พร้อมแผ่นCD)



Calcified basal ganglia calcified choroid plexus calcified pineal

Calcified dentate nucleus calcified falx cerebri

HOSPITAL - Radiology Report

Patient: [REDACTED] Ordering Physician: Unknown, Unknown
ID: 48614 Phone, Pager: Phone: N/A Pager: N/A
DOB: [REDACTED]

Age/Gender: 70Y, F Primary Location: 10:ไม่ระบุ
Procedure: CT Chest Study Date: 4/22/2014 1:08:42 PM
Accession #: 20140422CR0010 Order #: 517524
Report Status: Finalized
Reason: N/A

The spiral CT. CHEST was performed of plain and post iv. contrast enhancement .
Reticulonodular infiltration in RLL. , RML and lingular segment .
Fibrotic infiltration in both apex
Partial atelectasis of RML.
The hepatic parenchyma is homogeneous .
No detectable bilateral pleural effusion.
Clinical and other evidence correlation.

Pallapa WATT., M.D.

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจคลื่นหัวใจ



ผลตรวจการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ

Indices	ค่าตรวจพบ	ค่าปกติ
Hb	15 gm%	10 -18 gm%
PCV	41 %	35 - 55 gm%
Rbc	5.5x10 ¹² /cumm	5 - 9 x 10 ¹² /cumm
MCV	67 fl	60 - 77 fl
MCHC	35 gm%	32 -36 gm%
Wbc	13.4 X 10 ⁹ /cumm	6.0-17.0 x 10 ⁹ /cumm
Band	0 /cumm	0 - 300 /cumm
Segment	neutrophilia 12998/cumm	3000 - 11400/cumm
Lymphocyte	lymphopenia 140 /cumm	1000 - 4800/cumm
Monocyte	262 /cumm	150 - 1350/cumm
Eosinophil	eosinopenia 0/cumm	100 -750/cumm
Basophil	0 /cumm	Rare

โรงพยาบาล ทดสอบระบบ

Biochemistry

ชื่อ-สกุล นายทดสอบ ระบบศูนย์อนามัย
HN : 009999999

เพศ ชาย อายุ 25 ปี Ward : 0104กรรม

Dx

TEST	RESULT	UNITS	Reference Range
Glucose	12	mg%	70-110
BUN	13	mg%	5-23
Creatinine	33	mg%	0.7-2.0
Uric acid	34	mg%	2.0-7.0
Cholesterol	45	mg%	150-200
Triglyceride	34	mg%	30-200
LDL	55	mg%	60-140
HDL	33	mg%	35-100

Comment :

Reported By: ศ. พญ. อุทัย ไร่แม่

วันที่รับ 20/9/2012 10:34:47

Page 1 of 1

Approved By: ศ. พญ. อุทัย ไร่แม่

เวลาที่ส่ง 20/9/2012 10:35:15

- ผลการตรวจอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น รายงานการผ่าตัด การส่องกล้อง
- ผลการตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ เช่น Bone scan MUGA scan

ขั้นตอนการมารับบริการที่รพ.มะเร็งลพบุรี

1. กรอกใบประวัติ เพื่อจัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วย

สำหรับเจ้าหน้าที่

รพ.มะเร็งลพบุรี
ประวัติผู้มารับบริการ
(Patient's Profile)

จำเอง ชำรภาพ
 ประกันสังคม รัฐวิสาหกิจ
 บัตรสุขภาพ 30 บาท
เลขที่บัตร:

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการ เลขทะเบียน
วันที่

สตึกเกอร์

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1.1 ชื่อ (นามานามจริง) นามสกุล

1.2 ที่อยู่ของท่าอากาศยานบ้าน ที่อยู่ปัจจุบันตามจริง

บ้านเลขที่ หมู่ที่

ชื่อ บ้านเลขที่ หมู่ที่

ถนน ตำบล ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

1.3. เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. ปี (เกิดตามเดิมปี ถึงเมื่อวันเกิดครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย)

1.4. สถานที่เกิด () ประเทศไทย (ระบุจังหวัด)

1.5. เพศ () ชาย () หญิง

1.6. สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หย่า () หม้าย () แยกกันอยู่

1.7. เชื้อชาติ () ไทย () จีน () อินเดีย () ญี่ปุ่น () อื่นๆระบุ

1.8. ศาสนา () พุทธ () อิสลาม () ฮินดู () คริสต์ () อื่นๆระบุ

1.9. การศึกษาชั้นสูงสุด () ไม่ได้เรียน () ป.1-ป.6
() ม.1-ม.3 (ป.7-มศ.3) () ม.4-ม.6 (มศ.4-มศ.5)
() อนุปริญญา หรือเทียบเท่า () ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
() สูงกว่าปริญญาตรี

1.10. ปัจจุบันประกอบอาชีพ

1.11. สาเหตุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
() เพื่อตรวจร่างกายทั่วไป () เพื่อตรวจร่างกายเฉพาะส่วน (ระบุ)

() แผลหรือโรงพยาบาลส่งมารักษาต่อ (ระบุชื่อแพทย์ หรือโรงพยาบาล)

() อื่นๆ (ระบุ)

2. ข้อมูลของญาติ

2.1 ชื่อ-นามสกุลญาติที่ติดต่อได้ ที่อยู่
ชื่อ โทรศัพท์

สำหรับเจ้าหน้าที่ → ผู้บันทึก วันที่

2. ตรวจสอบสิทธิบัตร เพื่อใช้เป็นสิทธิ์ในการรักษา



3. พบเจ้าหน้าที่คลินิกรับ-ส่งต่อ



- เพื่อคัดกรองและประเมินสภาพผู้ป่วย
- ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเอกสาร

4. พบแพทย์



- เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม
- เพื่อพิจารณาวางแผนกำหนดวันการรักษา

5. พบพยาบาล



- ส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม
- ออกใบนัดการรักษา
- ส่งพบแพทย์เฉพาะทางแผนกต่าง ๆ

คลินิกรับ-ส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ให้บริการรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ส่งตัวมารับการรักษาทั้งด้านการผ่าตัด เคมีบำบัด
รังสีรักษา และ รังสีร่วมรักษา

☐ เปิดให้บริการวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.00 -15.00น.

ติดต่อโทรศัพท์ 036- 422515 ต่อ 0, 183, 500, 7000 (ประชาสัมพันธ์)

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอใช้บริการ

1. บัตรประจำตัวประชาชน / ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ สกุล (ถ้ามี)
2. ใบบันทึกข้อมูลการรักษา
3. ใบรับรองสิทธิการรักษา

ค่าบริการ

1. เบิกได้ตามสิทธิการรักษา (กรมบัญชีกลาง , บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
บัตรประกันสังคม (ที่ได้รับการส่งต่อตามขั้นตอน)
2. ชำระเงินเอง

