

รายการสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ที่เกินสิทธิการรักษาพยาบาลสำหรับพระภิกษุ-สามเณร

ส่วนที่ 1

ชื่อหน่วยบริการประจำครอบครัวหลัก (ที่ระบุในบัตร) _____ จังหวัด _____ เลขที่บัตร _____

ส่วนที่ 2

ชื่อหน่วยที่ให้บริการ _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ เลขที่บัญชีธนาคาร _____

กรณีรับไว้รักษาต่อ ชื่อโรงพยาบาลที่ส่งมา _____ สาเหตุที่ส่ง _____

ชื่อผู้รับบริการ _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ อาชีพ _____ สัญชาติ _____

เลขที่โรงพยาบาล (HN) _____ เลขที่ผู้ป่วยใน (AN) _____ วันที่รับไว้ _____ วันที่จำหน่าย _____

แผนก/หอผู้ป่วย _____ วันที่เริ่มป่วย _____ วัน (นับจากวันที่เริ่มป่วยจนถึงวันมา)

การวินิจฉัยโรค (ICD-10) 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

การผ่าตัด/หัตถการ (ICD-9CM) 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

สถานภาพการจำหน่าย 1. Complete Recovery 2. Improved 3. Not Improved

4. Normal Delivery 5. Un-Delivery 6. Normal child discharge with mother

7. Normal child discharge separate 8. Dead still birth 9. Dead

ชนิดการจำหน่าย 1. With Approval 2. Against Advice 3. By Escape 4. By Transfer

5. Other (specify) 6. Dead Autopsy 7. Dead Non Autopsy

กรณีส่งไปรับการรักษาต่อ ชื่อโรงพยาบาลที่ส่งไป _____ สาเหตุที่ส่ง _____

ส่วนที่ 3

DRGs _____ RW _____

ที่	รายการค่าบริการ	ค่ารักษาพยาบาล ทั้งหมด	ค่ารักษาพยาบาล ที่เรียกเก็บ	หมายเหตุ
1	บริการชั้นสูตโรค			
2	บริการคลังเลือด			
3	บริการพยาธิวิทยา			
4	บริการรังสีวิทยา			
5	บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ			
6	บริการผ่าตัด			
7	บริการระงับความรู้สึก			
8	ค่าอวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา			
9	ค่ายาเคมี / ฉายแสง			
10	ค่ายาและเวชภัณฑ์			
11	บริการเวชกรรมฟื้นฟู			
12	บริการบำบัดรักษาอื่น ๆ			
13	บริการหอผู้ป่วยหนัก จำนวน _____ วัน			
14	ค่าห้องและอาหาร จำนวน _____ วัน (ตามอัตราที่กำหนด)			
	รวมทั้งสิ้น			

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) _____

สถานบริการใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจาก พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ/กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยฯ เป็นเงินจำนวน _____ บาท

ขอรับรองว่าค่ารักษาพยาบาลดังกล่าว ถูกต้องตามที่เรียกเก็บ

(ลงชื่อ) _____

(ลงชื่อ) _____

(_____)

(_____)

เจ้าหน้าที่การเงิน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

หัวหน้าหน่วยบริการหรือผู้ได้รับมอบหมาย