

ใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความ☐ หัวหน้าสถานพยาบาล

ข้าพเจ้า

☐ นายแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แห่งสถานพยาบาลจังหวัด.....

ขอรับรองว่าซึ่งป่วยเป็นโรค

☐ ก. จำเป็นต้องใช้☐ ยา☐ เลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน☐ น้ำยาอาหารทางเส้นเลือด☐ ออกซิเจน☐ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาลแห่งนี้

☐ ข. จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจ☐ ทางห้องทดลอง☐ เอกซเรย์

ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งสถานพยาบาลแห่งนี้

ไม่อาจให้บริการได้

(1)

รหัส*

(2)

รหัส*

(3)

รหัส*

(4)

รหัส*

(ลงชื่อ).....

(. ..)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ *รหัส หมายถึง ให้สถานพยาบาลลงรหัสตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้
สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการเพื่อผู้มีสิทธิใช้ประกอบการเบิกจ่ายเงินที่ส่วนราชการ