



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและประสาท

โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์ลำปาง

REQUEST FOR X-RAY

Ward or Department

Date.....

Name AgeYr HN.

สิทธิการรักษา ☐ เบิกได้/จ่ายตรง ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ประกันสังคมมีใบส่งตัว ☐ ประกันสุขภาพมีใบส่งตัว

☐ ท.74จ่ายเงินเอง ☐ อื่นๆ (ระบุ)

V/S T..... C. P /min. RR /min. BP mm/Hg BW Kgs

CC.

Pl.

Part to be examination

Request by

พยาน

(.....)

(.....)