

<u>ข้อมูลผู้ป่วย</u>	<u>ข้อมูลสถานพยาบาล</u>
ชื่อ-นามสกุล	ชื่อคลินิก.....
หมายเลขสมาชิก ID No:.....	ที่อยู่.....
ชื่อบริษัท/ห้าง/ร้าน.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....	โทรศัพท์/ Fax number

ใบรายงานแพทย์และค่ารักษาพยาบาล

วันที่รักษา.....

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

การวินิจฉัยโรค (ICD 10 หัตถการ.....

(เฉพาะกรณีที่มีการตรวจพิเศษ) LAB.....ราคา..... บาท

X-Ray..... ราคา.....บาท

อื่นๆราคา.....บาท

ผลการตรวจ

.....

- การรักษาให้ยา 1).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา.....บาท
- 2).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา..... บาท
- 3).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา.....บาท
- 4).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา.....บาท
- 5).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา.....บาท
- 6).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา.....บาท
- 7).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา.....บาท
- เย็บแผล/ทำแผลรวมราคา.....บาท
- อื่นๆรวมราคา.....บาท

รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน_____ บาท

ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า ทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามียกเว้นได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อผู้รับการรักษา.....