

ใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความ

หัวหน้าสถานพยาบาล

ข้าพเจ้า .....

นายแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แห่งสถานพยาบาล ..... จังหวัด.....

ขอรับรองว่า ..... ซึ่งป่วยเป็นโรค .....

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