



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ... สำนักบริหารกลาง... กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล... โทร. ๐ ๒๖๒๘ ๕๒๔๐ - ๕๙ ต่อ ๔๒๑๙

ที่ กษ.๐๔๐๑/๑ ๑๕๕๒

วันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง... ขอเชิญเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี

เรียน อธิบดีกรมตรวจบัญชีสหกรณ์/รองอธิบดีกรมตรวจบัญชีสหกรณ์/ผู้เชี่ยวชาญกรมตรวจบัญชีสหกรณ์/  
ผู้อำนวยการสำนัก/ผู้อำนวยการศูนย์/ผู้อำนวยการกอง/หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน/หัวหน้ากลุ่ม  
พัฒนาระบบบริหาร/ผู้อำนวยการสำนักงานตรวจบัญชีสหกรณ์ที่ ๑๐/ผู้เชี่ยวชาญสำนักงานตรวจบัญชี  
สหกรณ์ที่ ๑๐ /หัวหน้าสำนักงานตรวจบัญชีสหกรณ์กรุงเทพมหานคร/ผู้อำนวยการกลุ่มและหัวหน้าฝ่าย  
ในสังกัดสำนักบริหารกลาง

ตามที่กรมตรวจบัญชีสหกรณ์ ได้จัดให้มีโครงการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับข้าราชการ  
และลูกจ้างประจำในสังกัดส่วนกลาง สำนักงานตรวจบัญชีสหกรณ์ที่ ๑๐ และสำนักงานตรวจบัญชีสหกรณ์  
กรุงเทพมหานครเป็นประจำทุกปี เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่บุคลากรในสังกัดที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพ  
ประจำปี และสามารถเบิกค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยมีกำหนดการตรวจ  
สุขภาพดังนี้ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำหนดการตรวจสุขภาพระหว่าง  
วันที่ ๖ - ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เวลา ๐๗.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว กำหนดการตรวจ  
สุขภาพร่วมกับกรมส่งเสริมสหกรณ์ ในวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เวลา ๐๗.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. อนึ่ง เพื่อให้  
ผู้ประสงค์จะตรวจสุขภาพประจำปี ได้รับบริการตรวจสุขภาพที่ตรงกับความต้องการมากยิ่งขึ้น กลุ่มงานสวัสดิการ  
และเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักบริหารกลาง จึงได้จัดทำแบบสำรวจความต้องการ  
ตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับบุคลากรในสังกัดกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ โดยสามารถเลือกรับบริการ  
ตรวจสุขภาพประจำปี กับโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่งเพียงแห่งเดียว ตามแบบฟอร์มที่แนบ นั้น

ในการนี้ จึงขอให้ท่านแจ้งข้าราชการและลูกจ้างประจำในสังกัดทราบด้วย ทั้งนี้ ขอให้  
ผู้ที่ประสงค์จะตรวจสุขภาพ กรอกรายละเอียดลงในแบบสำรวจความต้องการตรวจสุขภาพประจำปี  
ตามที่แนบ มาพร้อมนี้ แล้วส่งกลับไปยังกลุ่มงานสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล  
สำนักบริหารกลาง ภายในวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งให้บุคลากรในสังกัดได้ทราบต่อไป

(นายบุญเลิศ ใจดี)

ผู้อำนวยการสำนักบริหารกลาง

แบบสำรวจความต้องการตรวจสอบสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๑

หน่วยงาน.....

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องโรงพยาบาลที่ท่านเลือก

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (H/N)	โรงพยาบาล		หมายเหตุ
					วชิรพยาบาล (ระหว่างวันที่ ๖-๑๖/๒/๖๑)	บ้านแพ้ว (ตรวจพร้อมกรมส่งเสริมสหกรณ์) (วันที่ ๕/๒/๒๕๖๑)	

หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านเลือกตรวจกับทาง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ทางโรงพยาบาลจะมีรถมาบริการเอกซเรย์ และบริการตรวจภายใน (ในกรณีที่จำนวนคนครบตามที่กำหนด)  
 โดยจะตรวจร่วมกับบุคลากร กรมส่งเสริมสหกรณ์

## คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

### เตรียมตัวอย่างไรก่อนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี

๑. ทุกท่านโปรดงดน้ำและอาหาร ตั้งแต่เวลา ๒๐.๐๐ น. ก่อนวันเข้ารับบริการตรวจเพื่อเจาะเลือด (ก่อนตรวจ ๑๒ ชั่วโมง)

๒. เตรียมบัตรประจำตัวผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยใหม่ ขอแบบฟอร์มทำบัตรประจำตัวผู้ป่วยได้ที่ กลุ่มงานสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ โดยกรอกประวัติด้วยตัวบรรจงให้ชัดเจนพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (รับรองสำเนา)

๓. **สำรองเงินจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยโรค ไว้ดังนี้**

๓.๑ ผู้ที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายโดยประมาณ ๘๕๐ บาท (ไม่รวมค่าตรวจมะเร็งปากมดลูก) รายละเอียดดังต่อไปนี้

- การตรวจเลือดซีเคมี	อัตราค่าตรวจ	๔๗๐	บาท
- CBC	อัตราค่าตรวจ	๙๐	บาท
- ตรวจปัสสาวะ	อัตราค่าตรวจ	๕๐	บาท
- เอกซเรย์ทรวงอก	อัตราค่าตรวจ	๑๗๐	บาท
- ตรวจอุจจาระ	อัตราค่าบริการ	๗๐	บาท
- ตรวจมะเร็งปากมดลูก	อัตราค่าบริการ	๒๐๐	บาท

๓.๒ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ๓๕ ปี มีค่าใช้จ่ายโดยประมาณ ๓๘๐ บาท (ไม่รวมค่าตรวจมะเร็งปากมดลูก) รายละเอียดดังต่อไปนี้

- CBC	อัตราค่าตรวจ	๙๐	บาท
- ตรวจปัสสาวะ	อัตราค่าตรวจ	๕๐	บาท
- เอกซเรย์ทรวงอก	อัตราค่าตรวจ	๑๗๐	บาท
- ตรวจอุจจาระ	อัตราค่าบริการ	๗๐	บาท
- ตรวจมะเร็งปากมดลูก	อัตราค่าบริการ	๒๐๐	บาท

๔. โปรดหลีกเลี่ยงการสวมเสื้อแขนยาวที่มีแขนเสื้อคับแคบเพราะต้องเข้ารับบริการตรวจเจาะเลือดที่แขน

๕. ผู้ที่ประสงค์จะตรวจมะเร็งปากมดลูก กรุณาสวมกระโปรง

๖. เพื่อความสะดวกในการตรวจ X – Ray โปรดงดการสวมเครื่องประดับ เช่น สร้อย แหวน นาฬิกา ฯลฯ และเป็นโลหะ

๗. สำหรับท่านที่ไม่สามารถเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ตามวันที่ที่กำหนด เช่น ติดราชการ ป่วยหรือสตรีที่ตรงกับมีประจำเดือน หรือหมดประจำเดือนไม่เกิน ๗ วัน กรุณาติดต่อกลุ่มงานสวัสดิการฯ ขอสับเปลี่ยนวันเข้ารับบริการตรวจฯ หรือท่านที่ประสงค์จะขอระงับการตรวจฯ กรุณาแจ้งกลุ่มงานสวัสดิการฯ ทราบด้วย เนื่องจากกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ ได้ประสานงานเรื่องจำนวนผู้เข้ารับบริการกับวชิรพยาบาลไว้แล้ว

# แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

## คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

คำนำหน้าชื่อ ด.ช. / นาย / ด.ญ. / น.ส. / นาง ยศ \_\_\_\_\_

เพศ ชาย / หญิง

ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Surname \_\_\_\_\_

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ----

วัน / เดือน / ปี เกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี

สัญชาติ \_\_\_\_\_ เชื้อชาติ \_\_\_\_\_ ศาสนา \_\_\_\_\_

อาชีพ \_\_\_\_\_ สถานภาพ  โสด /  คู่ /  หม้าย /  หย่า /  แยกกันอยู่

ชื่อ-สกุล คู่สมรส \_\_\_\_\_

ชื่อ-สกุล บิดา \_\_\_\_\_

ชื่อ-สกุล มารดา \_\_\_\_\_

• ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_ หมู่ \_\_\_\_\_

ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_

อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

• ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/อาคาร \_\_\_\_\_ หมู่ \_\_\_\_\_

ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_

อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

● สถานที่ทำงาน ชื่อบริษัท / ส่วนราชการ \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ที่ทำงาน \_\_\_\_\_

● ผู้ที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน

ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ มีความสัมพันธ์เป็น \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้กรอกข้อมูล

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_

\* หมายเหตุ

1. เอกสารฉบับนี้ใช้เฉพาะผู้ป่วยใหม่เท่านั้น ผู้ป่วยเก่าที่บัตรหายหรือลืมบัตรกรุณาติดต่อช่องบริการหมายเลข 8
2. การจงใจแอบอ้างชื่อผู้อื่นหรือใช้ข้อมูลที่เป็นเท็จเพื่อเข้ารับการรักษา ถือว่ามีความผิดตามกฎหมาย
3. โปรดยื่นเอกสารฉบับนี้พร้อมกับบัตรประจำตัวประชาชน และเอกสารแสดงการมีสิทธิรักษาพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่

สำหรับเจ้าหน้าที่คัดกรอง

ห้องตรวจ \_\_\_\_\_ อาคาร \_\_\_\_\_

สิทธิการรักษา \_\_\_\_\_

แพทย์ \_\_\_\_\_

ตัด

ชื่อ - สกุล \_\_\_\_\_

ห้องตรวจ \_\_\_\_\_ อาคาร \_\_\_\_\_

สิทธิการรักษา \_\_\_\_\_

แพทย์ \_\_\_\_\_

# คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนตรวจสุขภาพประจำปี

## การตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูก

ใครบ้างที่ควรตรวจมะเร็งปากมดลูก

- สตรีที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี และมากกว่า 35 ปี ถึง 60 ปี
  - หญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์ 1-2 ปี
  - ผู้ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดกะปริบกะปรอย มีตกขาวผิดปกติ มีกลิ่นผิดปกติ
- \*\* สุขภาพสตรีทุกท่าน ควรจะตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือ 6 เดือน 1 ครั้ง \*\***

ทำไม ? ต้องตรวจมะเร็งปากมดลูก

การตรวจมะเร็งปากมดลูก ทำให้สามารถตรวจเซลล์ปากมดลูกที่เริ่มเปลี่ยนแปลงเป็นระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งถ้าทำการรักษาและติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ จะลดอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ และการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นการตรวจหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็ง

## ข้อควรปฏิบัติในการตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูก

1. ก่อนตรวจ 1 วัน งดการมีเพศสัมพันธ์
2. ควรหมอดประจำเดือนอย่างน้อย 7 วัน
3. ล้างอวัยวะภายนอกก่อนตรวจ ( อย่าสวนล้างช่องคลอด )
4. ใส่กระโปรงทรงเอมาในวันตรวจ หรือเปลี่ยนใส่ชุดสำหรับตรวจ ที่โรงพยาบาลจัดไว้ให้

## การตรวจเอกซเรย์ปอด

ตรวจเอกซเรย์ปอดเพื่ออะไร ?

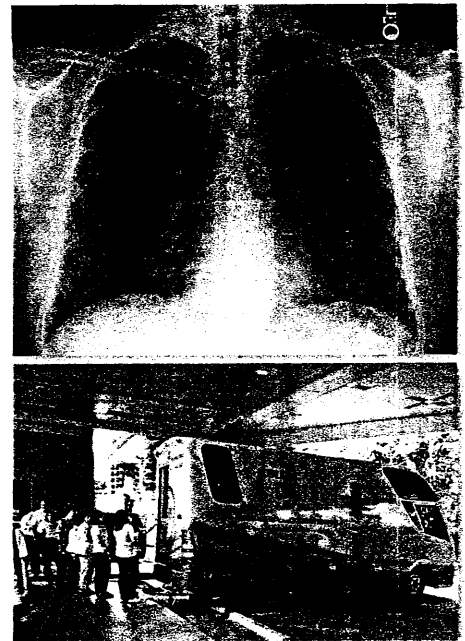
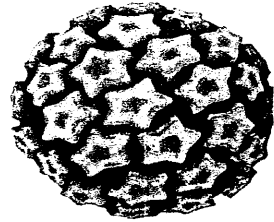
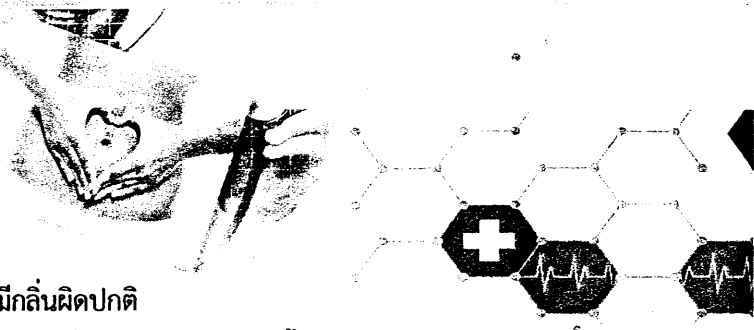
เป็นการตรวจเพื่อดูพยาธิของปอด โรคที่สามารถตรวจพบได้จากการเอกซเรย์ปอด เช่น วัณโรค ถุงลมโป่งพอง เนื้องอกในปอด เป็นต้น ควรเข้ารับการตรวจเอกซเรย์ปอดปีละ 1 ครั้ง แต่หากมีอาการผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ ควรพบแพทย์ ก่อนถึงวันนัดตรวจสุขภาพ เนื่องจาก มีโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หรือวัณโรคปอดได้ หากร่างกายอ่อนแอและได้สัมผัสเชื้อจากผู้อื่น เช่น การไอ จาม

เอกซเรย์ปอดอันตรายหรือไม่ ?

ส่วนใหญ่มักจะเข้าใจว่าการได้รับรังสีแล้วจะเกิดอันตราย แต่ในความเป็นจริงต้องขึ้นอยู่กับชนิด ปริมาณ และระยะเวลาในการได้รับรังสีด้วย ซึ่งในการถ่ายภาพเอกซเรย์ปอดได้ถึง 50 ครั้งต่อปี ดังนั้นการถ่ายภาพเอกซเรย์ปอดจะไม่มีอันตรายจากรังสีแต่อย่างใด

## ข้อควรปฏิบัติในการตรวจเอกซเรย์ปอด

1. สตรีที่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ไม่ต้องเข้ารับการตรวจเอกซเรย์ และต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ให้ทราบด้วยว่าท่านตั้งครรภ์ หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ เนื่องจากการเอกซเรย์อาจมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์
2. ในวันที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์ สุขภาพสตรีควรสวมเสื้อชั้นในแบบสปอร์ตบราไม่มีตะขอเหล็ก หรือเปลี่ยนเสื้อที่เจ้าหน้าที่จัดหาไว้ให้ (แล้วแต่หน่วยงานกำหนด) งดใส่เสื้อที่มีเลื่อม , โลหะประดับ , ซิปเหล็ก พร้อมทั้งถอดสร้อยคอ กรณี ท่านที่ผมยาวต้องรวบผมให้พันต้นคอสำหรับ สุภาพบุรุษควรถอดสร้อยคอ , นำอุปกรณ์ในกระเป๋าเสื้อออกหรือถอดเสื้อออก กรณีที่เสื้อมีกระดุมโลหะ ตะขอ ซิป เป็นต้น
3. ต้องถอดสร้อยคอ , บัตรพนักงานชนิดคล้องคอหรือติดกระเป๋าเสื้อ ปากกาและเหรียญออกจากกระเป๋าเสื้อก่อนรับการเอกซเรย์
4. ขณะเอกซเรย์ เพื่อให้ได้ภาพที่ชัดเจนต้องสูดลมหายใจเข้าเต็มที่ แล้วกลั้นลมหายใจนิ่ง จนกระทั่งถ่ายภาพเอกซเรย์เสร็จ เพื่อให้ปอดขยายตัวเต็มที่





โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

198 หมู่ 1 อ.บ้านแพ้ว-พระประโทน ต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร 74120

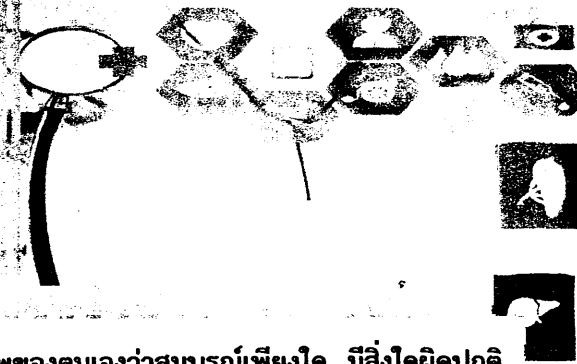
โทรศัพท์ 0-2591-9185 , 095-624-6351 โทรสาร 0-2591-9185

e-mail : bmarketing2558@hotmail.com



# ทำไมต้องตรวจสุขภาพประจำปี ?

## Health Check up



การตรวจสุขภาพมีความสำคัญและมีประโยชน์ ทำให้ทราบภาวะสุขภาพของตนเองว่าสมบูรณ์เพียงใด มีสิ่งใดผิดปกติ จะได้รับแก้ไขและป้องกันความรุนแรงความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แล้วการตรวจสุขภาพเป็นประจำยังช่วยให้เราสามารถ ป้องกัน และรักษาโรคร้ายไข้เจ็บ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที ทำให้เราทราบความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคบางโรค การตรวจสุขภาพมิได้ทำให้เราเสียเวลาอย่างที่เข้าใจ ในทางตรงข้ามกลับมาช่วยรักษาเวลาของท่าน อีกด้วย เพราะการพบความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรกย่อมรักษาให้หายได้ง่ายกว่า เร็วกว่า และจะไม่มีคำว่า “สายเกินแก้”

## คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนตรวจสุขภาพประจำปี

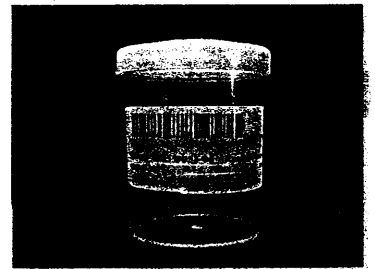
### การเตรียมตัวก่อนตรวจเลือด

1. งดน้ำและอาหารทุกชนิดอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมง ก่อนรับการตรวจสุขภาพ
2. พักผ่อนให้เพียงพอ



### การเก็บปัสสาวะ

1. ท่านจะได้รับกระบอกเก็บปัสสาวะพร้อมติดสติ๊กเกอร์ ชื่อ-สกุล ณ จุดลงทะเบียน
2. ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะขับถ่ายปัสสาวะ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ
3. วิธีเก็บปัสสาวะ คือ ปัสสาวะช่วงแรกทิ้งไปก่อน แล้วเก็บปัสสาวะช่วงกลาง ลงในกระบอก เก็บปัสสาวะประมาณ 2 / 3 ของกระบอกเก็บปัสสาวะ เป็นอย่างน้อยส่วนปัสสาวะในช่วงสุดท้ายทิ้งไป
4. ปิดฝากล่อง และทำความสะอาดภายนอกกล่อง
5. นำมาส่งโดยวางบนภาชนะที่จัดเตรียมไว้ให้หน้าห้องน้ำ



### การเก็บอุจจาระ

1. ท่านจะได้รับคลับเก็บอุจจาระล่วงหน้าก่อนถึงวันตรวจสุขภาพ
2. ถ่ายอุจจาระในตอนเช้า เพื่อเก็บใส่คลับอุจจาระเพียงเล็กน้อย โดยใช้ไม้สะอาดในซองติดใส่คลับอุจจาระ
3. ปิดฝากล่อง และทำความสะอาดภายนอกกล่อง
4. รับสติ๊กเกอร์รายชื่อ-สกุล ณ จุดลงทะเบียนตรวจ เพื่อติดหน้าซองคลับอุจจาระก่อนส่งตรวจบริเวณภาชนะที่จัดเตรียมไว้ให้หน้าห้องน้ำ





โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

198 หมู่ 1 ต.บ้านแพ้ว-พระประโทน ต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร 74120

โทรศัพท์ 0 2591 9185 , 095 624 6351 โทรสาร 0 2591 9185

e-mail : bpmarketing2558@hotmail.com

## แบบฟอร์มตรวจสอบสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2561 ( เบิกตามกระทรวงการคลัง )

### สำหรับ กรมตรวจสอบบัญชีสหกรณ์

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน (กรณายื่นตัวบรรจุ)

ID เลขบัตรประจำตัวประชาชน                      วัน/เดือน/ปีเกิด.....

นาย  นาง  นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

สำนัก / กอง / กลุ่ม.....เบอร์โทรติดต่อ.....

เพื่อสิทธิในการเบิก กรุณาใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  ที่ต้องการ สิทธิเบิกจากราชการ  ได้  ไม่ได้

สถานะสิทธิ :  ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ  ข้าราชการบำนาญ  อื่น ๆ .....

#### โปรแกรมตรวจ สำหรับ กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี

สุขภาพบุรุษ 380 บาท เบิกได้ 4 รายการ / สุภาพสตรี\* 580 บาท เบิกได้ 5 รายการ

1	<input type="radio"/>	ตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-Ray) ระบบ Digital	170 บาท
2	<input type="radio"/>	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	90 บาท
3	<input type="radio"/>	ตรวจปัสสาวะ (Urine Examination)	50 บาท
4	<input type="radio"/>	ตรวจอุจจาระ (Stool Examination Routine direct smear ร่วมกับ Occult blood)	70 บาท
5*	<input type="radio"/>	ตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูก (Pap-smear) บริการตรวจชิ้นต่ำ 50 รายขึ้นไป แจ่งช่องว่างหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์	200 บาท

#### โปรแกรมตรวจ สำหรับ กลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

สุขภาพบุรุษ 850 บาท เบิกได้ 9 รายการ / สุภาพสตรี\* 1,050 บาท เบิกได้ 10 รายการ

1	<input type="radio"/>	ตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-Ray) ระบบ Digital	170 บาท
2	<input type="radio"/>	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	90 บาท
3	<input type="radio"/>	ตรวจปัสสาวะ (Urine Examination)	50 บาท
4	<input type="radio"/>	ตรวจอุจจาระ (Stool Examination Routine direct smear ร่วมกับ Occult blood)	70 บาท
5*	<input type="radio"/>	ตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูก (Pap-smear) บริการตรวจชิ้นต่ำ 50 รายขึ้นไป แจ่งช่องว่างหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์	200 บาท
6	<input type="radio"/>	ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	40 บาท
7	<input type="radio"/>	ตรวจการทำงานของไต (BUN,Creatinine )	100 บาท
8	<input type="radio"/>	ตรวจการทำงานของตับ (SGOT,SGPT,Alk-phosphatase)	150 บาท
9	<input type="radio"/>	ตรวจระดับไขมันในเลือด (Cholesterol,Triglyceride)	120 บาท
10	<input type="radio"/>	ตรวจระดับกรดยูริกในเลือด (Uric Acid)	60 บาท

#### โรงพยาบาลอินดีให้บริการตรวจ

สำหรับ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ที่รับการตรวจโปรแกรมพื้นฐานตามสิทธิ์ที่เบิกได้  
เพิ่มให้โดยไม่มีคิดมูลค่า ดังนี้

1)	ตรวจหาระดับไขมันในเลือด Cholesterol	60 บาท
2)	ตรวจหาระดับไขมันในเลือด Triglyceride	60 บาท
3)	ตรวจหาระดับไขมันดีในเลือด HDL	50 บาท
4)	ตรวจหาระดับไขมันไม่ดีในเลือด LDL	50 บาท
5)	กรณีที่เกิดอุจจาระมาตรวจตามลำดับที่ 4 โรงพยาบาลอินดีตรวจ IFOBT (Fecal Occult Blood Test) เพื่อตรวจภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคต่างๆ เช่น การอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร , ความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ เป็นต้น	100 บาท
6)	ตรวจคลำเต้านมเพื่อตรวจหาก้อนเนื้อที่ผิดปกติ (Cyst) (แต่ต้องตรวจภายในสุภาพสตรีร่วมด้วย)	

#### โรงพยาบาลอินดีให้บริการตรวจ

สำหรับ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่รับการตรวจโปรแกรมพื้นฐานตามสิทธิ์ที่เบิกได้  
เพิ่มให้โดยไม่มีคิดมูลค่า ดังนี้

1)	ตรวจหาระดับไขมันดีในเลือด HDL	50 บาท
2)	ตรวจหาระดับไขมันไม่ดีในเลือด LDL	50 บาท
3)	กรณีที่เก็บอุจจาระมาตรวจตามลำดับที่ 4 โรงพยาบาลอินดีตรวจ IFOBT (Fecal Occult Blood Test) เพื่อตรวจภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคต่างๆ เช่น การอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร , ความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ เป็นต้น	100 บาท
4)	ตรวจคลำเต้านมเพื่อตรวจหาก้อนเนื้อที่ผิดปกติ (Cyst) (แต่ต้องตรวจภายในสุภาพสตรีร่วมด้วย)	

- กรุณาส่งเอกสารที่กรอกข้อมูลแล้วให้ผู้ประสานงาน ตรวจสอบสุขภาพประจำปีของหน่วยงานของท่าน เพื่อส่งคืนให้แก่

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ดำเนินการต่อไป หากท่านส่งเอกสารไม่ทัน กรุณาส่งในวันตรวจสอบสุขภาพ ณ จุดลงทะเบียน

\*\*\*\*\*

- สำหรับหน่วยงานที่ตรวจสอบสุขภาพอย่างต่อเนื่องกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ในวันตรวจสอบสุขภาพ กรุณาถือสมุดสุขภาพเล่มเดิมมา  
ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ณ จุดลงทะเบียนด้วย เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับผลตรวจ และจะนำสมุดส่งคืนในวันแจ้งผลพบแพทย์ ณ หน่วยงาน





โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

198 หมู่ 1 ถ.บ้านแพ้ว-พระประโทน ต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร 74120

โทรศัพท์ 0-2591-9185, 095-624-6351 โทรสาร 0-2591-9185 e-mail : bpmarketing2558@hotmail.com

**รายการตรวจพิเศษ ชำระเงินเพิ่ม ( กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ○ หน้าหัวข้อที่ต้องการตรวจเพิ่ม )**

ลำดับ	รายการตรวจพิเศษ	ราคา ( บาท )
1	<input type="radio"/> ( Cholesterol , Triglyceride ) ตรวจระดับไขมันในเลือด	120
2	<input type="radio"/> ( HDL , LDL ) ตรวจระดับไขมันดีและไขมันไม่ดีในเลือด	100
3	<input type="radio"/> ( FBS ) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	40
4	<input type="radio"/> ( BUN , Creatinine ) ตรวจการทำงานของไต	100
5	<input type="radio"/> ( SGOT , SGPT , Alk-phosphatase ) ตรวจการทำงานของตับ	150
6	<input type="radio"/> ( Uric Acid ) ตรวจระดับกรดยูริกในเลือด	60
7	<input type="radio"/> ( Hb.Typing ) ตรวจดูโรคทาลัสซีเมีย	300
8	<input type="radio"/> ( Free T3 , Free T4 , TSH ) ตรวจดูการทำงานของต่อมไทรอยด์	600
9	<input type="radio"/> ( HbA 1C ) ตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	250
10	<input type="radio"/> ( Rubella IgG ) ตรวจภูมิคุ้มกันโรคหัดเยอรมันสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์	250
11	<input type="radio"/> ( Anti HIV ) ตรวจดูภาวะโรคเอดส์	150
12	<input type="radio"/> ( Anti HAV ) ตรวจดูภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี	500
13	<input type="radio"/> ( HBsAg ) ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ( HBsAb ) ตรวจหาภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี	300
14	<input type="radio"/> ( Anti HCV ) ตรวจดูการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี	350
15	<input type="radio"/> ( Thin Prep ) ตรวจภายในและตรวจหามะเร็งปากมดลูกชนิดพิเศษ	600
16	<input type="radio"/> ( Pap-smear ) ตรวจภายในและตรวจมะเร็งปากมดลูก บริการตรวจชิ้นต่ำ 50 รายขึ้นไป แจกซื้อล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์	200

**ตรวจภาวะเสี่ยงโรคมะเร็ง**

17	<input type="radio"/> ( CA 125 ) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งรังไข่	600
18	<input type="radio"/> ( CA 15-3 ) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	500
19	<input type="radio"/> ( PSA ) ตรวจดูสารบ่งชี้ความเสี่ยงโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	300
20	<input type="radio"/> ( AFP ) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ	270
21	<input type="radio"/> ( CEA ) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้	300
22	<input type="radio"/> ( CA 19-9 ) ตรวจดูภาวะเสี่ยงมะเร็งตับอ่อนและท่อน้ำดี	600

**รายการตรวจพิเศษ บริการ ณ หน่วยงาน**

23*	<input type="radio"/> ( EKG ) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ บริการตรวจชิ้นต่ำ 30 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	100
24*	<input type="radio"/> ( Bone Mineral Density ) ตรวจวัดความหนาแน่นมวลกระดูก ( สันหลัง และสะโพก ) โดยรบบบริการ สำหรับผู้ที่มีความประสงค์จะทำการตรวจ และไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โรงพยาบาลยินดีเสนอในอัตราพิเศษ บริการตรวจชิ้นต่ำ 20 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	1,000
25*	<input type="radio"/> บริการฉีดวัคซีน Quadrivalent Influenza Vaccine เพื่อป้องกันไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์ใน 1 เข็ม คือ A (H1N1) , A (H3N2) B(Victoria) , B(Yamagata) บริการ ณ หน่วยงานในวันตรวจสุขภาพ	500
26*	<input type="radio"/> บริการตรวจ-รักษาต้านทานกรรม ได้แก่ ชุดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน โดยทันตแพทย์ ตรวจและรักษา ณ หน่วยงาน วันละ 24 คน กรุณา กำหนดวันล่วงหน้า 2 เดือน สิทธิราชการและประกันสังคมเบิกได้ (ชำระส่วนต่าง)	ตามหัตถการ

**รายการตรวจพิเศษ บริการ ณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สาขาสาทร อาคาร TPI ชั้น 10 (ไม่รวมค่าปรึกษาแพทย์)**

27*	<input type="radio"/> ( EKG ) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	300
28*	<input type="radio"/> ( Bone Mineral Density ) ตรวจวัดความหนาแน่นมวลกระดูก ( สันหลัง และสะโพก )	2,000
29*	<input type="radio"/> ( Ultrasound Upper Abdomen ) ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน	1,000
30*	<input type="radio"/> ( Ultrasound Lower Abdomen ) ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนล่าง	1,000
31*	<input type="radio"/> ( Ultrasound Whole Abdomen ) ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบนและส่วนล่าง	1,500
32*	<input type="radio"/> ( Mammogram + U/S ) ตรวจแมมโมแกรม พร้อมอัลตราซาวด์เต้านม เพื่อตรวจหาภาวะเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม	2,200

\*เงื่อนไข ลำดับที่ 23-25 กรุณาแจ้งจำนวนผู้ประสงค์จะตรวจ ก่อนล่วงหน้า 10 วัน (ประสานงานคุณ มณี โทร. 086-399-3832)  
ลำดับที่ 26 กรุณาแจ้งจำนวนผู้ประสงค์จะตรวจ ก่อนล่วงหน้า 2 เดือน (ประสานงานคุณ ภาณุมาศ โทร. 095-624-6351)

- เบิกได้ .....บาท  
 เบิกไม่ได้ .....บาท

ลงชื่อผู้รับการตรวจ .....

ใบเสร็จรับเงิน  
เล่มที่ / เลขที่ / จำนวนเงิน  
.....บาท  
.....ผู้รับเงิน



โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

198 หมู่ 1 ถ.บ้านแพ้ว-พระประโทน ต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร 74120

โทรศัพท์ 0 2591 9185 , 095 624 6351 โทรสาร 0 2591 9185

e-mail : bpmarketing2558@hotmail.com

กลุ่มเบิกไม่ได้

### แบบฟอร์มตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2561

สำหรับ กลุ่มพนักงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว / ลูกจ้างเหมา / ลูกจ้างพิเศษ

กรมตรวจสอบบัญชีสหกรณ์

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ID เลขบัตรประจำตัวประชาชน  วัน/เดือน/ปีเกิด.....

นาย  นาง  นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

แผนก / ฝ่าย ..... เบอร์โทรติดต่อ.....

กรุณาใส่เครื่องหมาย  ในช่อง  ตามสถานะสิทธิ์ของท่าน

สถานะสิทธิ์ :  พนักงานราชการ  ลูกจ้างชั่วคราว  ลูกจ้างเหมา  ลูกจ้างพิเศษ  อื่นๆ.....

โปรแกรมตรวจ สำหรับ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

รวมอัตราเหมาจ่าย สำหรับ สุภาพบุรุษ / สุภาพสตรี ราคา 260 บาท

โปรแกรมตรวจ สำหรับ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

รวมอัตราเหมาจ่าย สำหรับ สุภาพบุรุษ / สุภาพสตรี ราคา 600 บาท

1	<input type="radio"/>	ตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-Ray) ระบบ Digital	**	บาท	1	<input type="radio"/>	ตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-Ray) ระบบ Digital	**	บาท
2	<input type="radio"/>	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	**	บาท	2	<input type="radio"/>	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	**	บาท
3	<input type="radio"/>	ตรวจปัสสาวะ (Urine Examination)	**	บาท	3	<input type="radio"/>	ตรวจปัสสาวะ (Urine Examination)	**	บาท
4	<input type="radio"/>	ตรวจอุจจาระ (Stool Examination Routine direct smear ร่วมกับ Occult blood)	**	บาท	4	<input type="radio"/>	ตรวจอุจจาระ (Stool Examination Routine direct smear ร่วมกับ Occult blood)	**	บาท
					5	<input type="radio"/>	ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	**	บาท
					6	<input type="radio"/>	ตรวจการทำงานของไต (BUN , Creatinine)	**	บาท
					7	<input type="radio"/>	ตรวจการทำงานของตับ (SGOT , SGPT , Alk-phosphatase)	**	บาท
					8	<input type="radio"/>	ตรวจระดับไขมันในเลือด (Cholesterol , Triglyceride)	**	บาท
					9	<input type="radio"/>	ตรวจระดับกรดยูริกในเลือด (Uric Acid)	**	บาท

<input type="radio"/>	ตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูก (Pap-smear)	200 บาท	<input type="radio"/>	ตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูก (Pap-smear)	200 บาท
<p>กรุณาชำระเงินเพิ่ม โดยโรงพยาบาลยินดีบริการตรวจคัดค้านมเพื่อตรวจหาก้อนเนื้อที่ผิดปกติ (Cyst) เพิ่มให้โดยไม่คิดมูลค่า บริการตรวจขั้นต่ำ 50 รายขึ้นไป แจ้งชื่อล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์</p>			<p>กรุณาชำระเงินเพิ่ม โดยโรงพยาบาลยินดีบริการตรวจคัดค้านมเพื่อตรวจหาก้อนเนื้อที่ผิดปกติ (Cyst) เพิ่มให้โดยไม่คิดมูลค่า บริการตรวจขั้นต่ำ 50 รายขึ้นไป แจ้งชื่อล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์</p>		

หมายเหตุ :

1. โรงพยาบาลยินดีตรวจเปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการ (ค่า BMI) เพิ่มให้โดยไม่คิดมูลค่า
2. โรงพยาบาลยินดีให้สมุดสุขภาพรายงานผลตรวจเป็นรายบุคคล พร้อมคำแนะนำการปฏิบัติตัว
3. โรงพยาบาลยินดีบริการน้ำดื่มสมุนไพรเพื่อสุขภาพ ท่านละ 1 ขวด ในวันตรวจสุขภาพประจำปี
4. กรณีตรวจไม่ครบทุกรายการ โรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์เรียกเก็บตามราคาเหมาจ่าย

- กรุณาส่งเอกสารที่กรอกข้อมูลแล้วให้ผู้ประสานงาน ตรวจสุขภาพประจำปีของหน่วยงานของท่าน เพื่อส่งคืนให้แก่  
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ดำเนินการต่อไป หากท่านส่งเอกสารไม่ทัน กรุณาส่งในวันตรวจสุขภาพ ณ จุดลงทะเบียน

\*\*\*\*\*

- สำหรับหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ในวันตรวจสุขภาพ กรุณาถือสมุดสุขภาพเล่มเดิมมา  
ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ณ จุดลงทะเบียนด้วย เพื่อจะนำไปเปรียบเทียบผลตรวจ และจะนำสมุดส่งคืนในวันแจ้งผลพบแพทย์ ณ หน่วยงาน



โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

198 หมู่ 1 ต.บ้านแพ้ว-พระประโทน อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร 74120

โทรศัพท์ 0-2591-9185 , 095-624-6351 โทรสาร 0-2591-9185 e-mail : bmarketing2558@hotmail.com

รายการตรวจพิเศษ ขำระเงินเพิ่ม ( กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ○ หน้าหัวข้อที่ต้องการตรวจเพิ่ม )

ลำดับ	รายการตรวจพิเศษ	ราคา ( บาท )
1	<input type="radio"/> ( Cholesterol , Triglyceride ) ตรวจระดับไขมันในเลือด	120
2	<input type="radio"/> ( HDL , LDL ) ตรวจระดับไขมันดีและไขมันไม่ดีในเลือด	100
3	<input type="radio"/> ( FBS ) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	40
4	<input type="radio"/> ( BUN , Creatinine ) ตรวจการทำงานของไต	100
5	<input type="radio"/> ( SGOT , SGPT , Alk-phosphatase ) ตรวจการทำงานของตับ	60
6	<input type="radio"/> ( Uric Acid ) ตรวจระดับกรดยูริกในเลือด	300
7	<input type="radio"/> ( Hb.Typing ) ตรวจดูโรคทาลัสซีเมีย	600
8	<input type="radio"/> ( Free T3 , Free T4 , TSH ) ตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์	250
9	<input type="radio"/> ( HbA 1C ) ตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	250
10	<input type="radio"/> ( Rubella IgG ) ตรวจภูมิคุ้มกันโรคหัดเยอรมันสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์	150
11	<input type="radio"/> ( Anti HIV ) ตรวจดูภาวะโรคเอดส์	500
12	<input type="radio"/> ( Anti HAV ) ตรวจดูภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี	300
13	<input type="radio"/> ( HBsAg ) ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ( HBsAb ) ตรวจหาภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี	350
14	<input type="radio"/> ( Anti HCV ) ตรวจดูการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี	600
15	<input type="radio"/> ( Thin Prep ) ตรวจภายในและตรวจหามะเร็งปากมดลูกชนิดพิเศษ	200
16	<input type="radio"/> ( Pap-smear ) ตรวจภายในและตรวจมะเร็งปากมดลูก บริการตรวจขั้นต่ำ 50 รายขึ้นไป แจกซื้อล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์	

ตรวจภาวะเสี่ยงโรคมะเร็ง

17	<input type="radio"/> ( CA 125 ) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งรังไข่	600
18	<input type="radio"/> ( CA 15-3 ) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	500
19	<input type="radio"/> ( PSA ) ตรวจดูสารบ่งชี้ความเสี่ยงโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	300
20	<input type="radio"/> ( AFP ) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ	270
21	<input type="radio"/> ( CEA ) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้	300
22	<input type="radio"/> ( CA 19-9 ) ตรวจดูภาวะเสี่ยงมะเร็งตับอ่อนและท่อน้ำดี	600

รายการตรวจพิเศษ บริการ ณ หน่วยงาน

23*	<input type="radio"/> ( EKG ) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ บริการตรวจขั้นต่ำ 30 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	100
24*	<input type="radio"/> ( Bone Mineral Density ) ตรวจวัดความหนาแน่นมวลกระดูก ( สันหลัง และสะโพก ) โดยรถบริการ สำหรับผู้ที่มีความประสงค์จะทำการตรวจ และไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โรงพยาบาลยินดีเสนอในอัตราพิเศษ บริการตรวจขั้นต่ำ 20 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	1,000
25*	<input type="radio"/> บริการฉีดวัคซีน Quadrivalent Influenza Vaccine เพื่อป้องกันไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์ใน 1 เข็ม คือ A (H1N1) , A (H3N2) B(Victoria) , B(Yamagata) บริการ ณ หน่วยงานในวันตรวจสุขภาพ	500
26*	<input type="radio"/> บริการตรวจ-รักษาต้านทานธรรมชาติ ได้แก่ ชูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน โดยทันตแพทย์ ตรวจและรักษา ณ หน่วยงาน วันละ 24 คน กรุณา กำหนดวันล่วงหน้า 2 เดือน สิทธิราชการและประกันสังคมเบิกได้ (ชำระส่วนต่าง)	ตามหัตถการ

รายการตรวจพิเศษ บริการ ณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สาขาสาทร อาคาร TPI ชั้น 10 (ไม่รวมค่าบริการแพทย์)

27*	<input type="radio"/> ( EKG ) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	300
28*	<input type="radio"/> ( Bone Mineral Density ) ตรวจวัดความหนาแน่นมวลกระดูก ( สันหลัง และสะโพก )	2,000
29*	<input type="radio"/> ( Ultrasound Upper Abdomen ) ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน	1,000
30*	<input type="radio"/> ( Ultrasound Lower Abdomen ) ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนล่าง	1,000
31*	<input type="radio"/> ( Ultrasound Whole Abdomen ) ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบนและส่วนล่าง	1,500
32*	<input type="radio"/> ( Mammogram + U/S ) ตรวจแมมโมแกรม พร้อมอัลตราซาวด์เต้านม เพื่อตรวจหาภาวะเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม	2,200

\*\*เงื่อนไข ลำดับที่ 23-25 กรุณาแจ้งจำนวนผู้ประสงค์จะตรวจ ก่อนล่วงหน้า 10 วัน (ประสานงานคุณ นนทิ โทร. 086-399-3832)

ลำดับที่ 26 กรุณาแจ้งจำนวนผู้ประสงค์จะตรวจ ก่อนล่วงหน้า 2 เดือน (ประสานงานคุณ กาญจนา โทร. 095-624-6351)

เบิกได้ ..... บาท

เบิกไม่ได้ ..... บาท

ลงชื่อผู้รับการตรวจ .....

ใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่ / เลขที่ / จำนวนเงิน

บาท

ผู้รับเงิน

