

ใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความ

หัวหน้าสถานพยาบาล

ข้าพเจ้า

นายแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แห่งสถานพยาบาล จังหวัด.....

ขอรับรองว่า ซึ่งป่วยเป็นโรค

ก. จำเป็นต้องใช้

ยา

เลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน

น้ำยาอาหารทางเส้นเลือด

ออกซิเจน

อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาลแห่งนี้

ข. จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา

ทางห้องทดลอง

เอกซเรย์

ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งสถานพยาบาลแห่งนี้

ไม่อาจให้บริการได้

(1) รหัส*

(2) รหัส*

(3) รหัส*

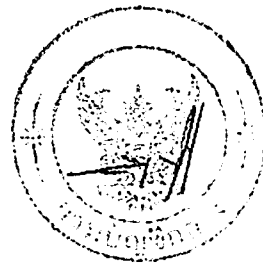
(4) รหัส*

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.



หมายเหตุ *รหัส หมายถึง ให้สถานพยาบาลลงรหัสตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการเพื่อผู้มีสิทธิใช้ประกอบการเบิกจ่ายเงินที่ส่วนราชการ