
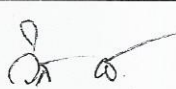
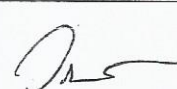
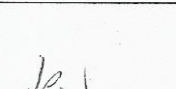


ต้นฉบับ

ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ
เอกสารเรื่อง : การให้บริการเวชระเบียน
รหัสเอกสาร : SP - OPD - 001
แก้ไขครั้งที่ : 03
วันที่ประกาศใช้ : 18 มีนาคม 2562
สำเนาที่ :

ผู้จัดทำ	ผู้ทบทวน	ผู้เห็นชอบ	ผู้อนุมัติ
			
(น.ส.จารุวรรณ แนนอุตร) นักวิชาการคอมพิวเตอร์	(นางวิสาขวดี อินทรสงเคราะห์) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	(นายวรพงษ์ สุชาติสุนทร) นายแพทย์ชำนาญการ	(นายเจษฎา พัทธเวทิน) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกันทรวิชัย

โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : SP – OPD – 001
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 03
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 18 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การให้บริการเวชระเบียน	หน้า 2/12

1. วัตถุประสงค์

เพื่อให้เป็นแนวทางในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ โดยการตรวจสอบเวชระเบียนให้ถูกต้อง ครบถ้วน ถูกคน โดยยึดหลักความสะดวกรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ สร้างความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ขอบเขต

ให้บริการเวชระเบียนตลอด 24 ชั่วโมง

3. คำนิยาม

3.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก หมายถึง ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้มารับบริการที่บันทึกในโปรแกรม Hosxp

3.2 เลขทั่วไปโรงพยาบาล หมายถึง เลขประจำตัวผู้มารับบริการ (HN : Hospital Number)

3.3 เจ้าหน้าที่เวชระเบียน หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเวชระเบียน ได้แก่ พยาบาล, เจ้าหน้าที่เวชสถิติ, ลูกจ้าง ที่ทำหน้าที่ออกเวชระเบียน

3.4 ห้องเวชระเบียน หมายถึง หน่วยบริการที่ให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

3.5 ผู้มารับบริการ หมายถึง ผู้ที่มารับบริการตรวจรักษา ส่งเสริมสุขภาพหรือติดต่องานบริการเวชระเบียนต่างๆ เช่น ประกันชีวิต

3.6 Hos.xp หมายถึง โปรแกรมสำหรับใช้ในการบริการเวชระเบียนและบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการในคอมพิวเตอร์

4. ผู้รับผิดชอบ

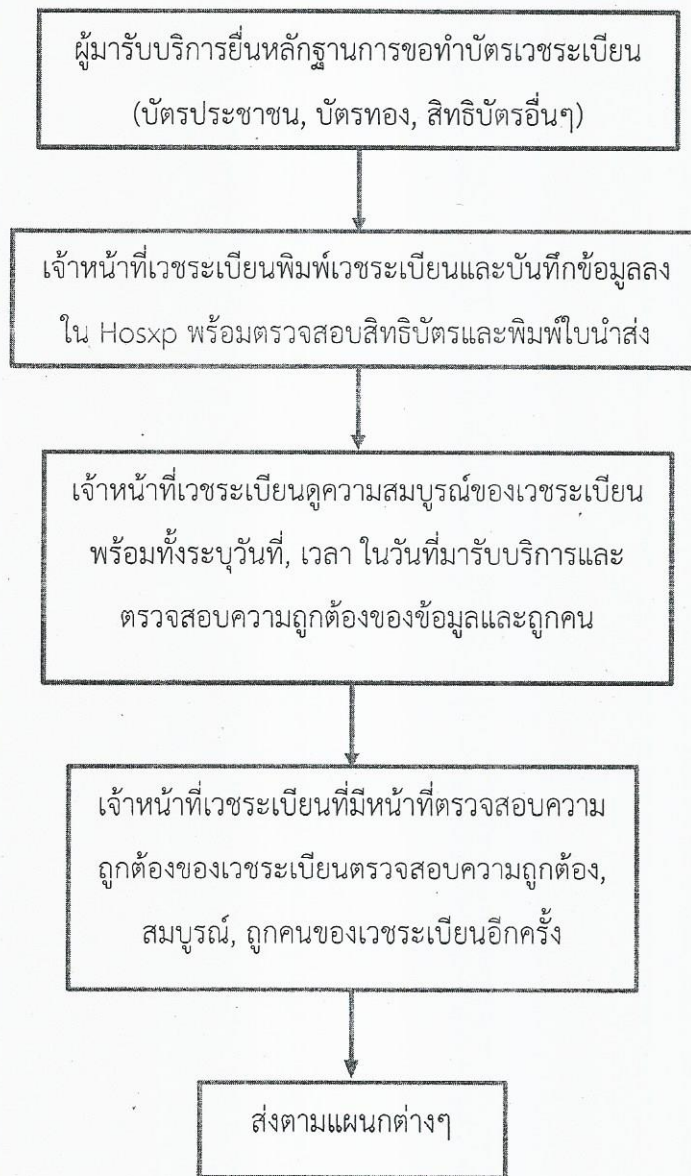
4.1 หัวหน้าห้องเวชระเบียน มีหน้าที่ควบคุม กำกับ นิเทศ ติดตาม ตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และลูกจ้างในหน่วยงาน ให้ปฏิบัติงานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีและมีประสิทธิภาพรวมถึงการลงรหัสโรค การประสานงานต่างๆ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.2 เจ้าหน้าที่เวชระเบียน มีหน้าที่ คัดกรอง ตรวจสอบสิทธิบัตร ออกเวชระเบียน รวมไปถึงการจัดเก็บและลงรหัสโรคที่หัวหน้างานมอบหมาย

โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : SP – OPD – 001
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 03
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 18 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การให้บริการเวชระเบียน	หน้า 3/12

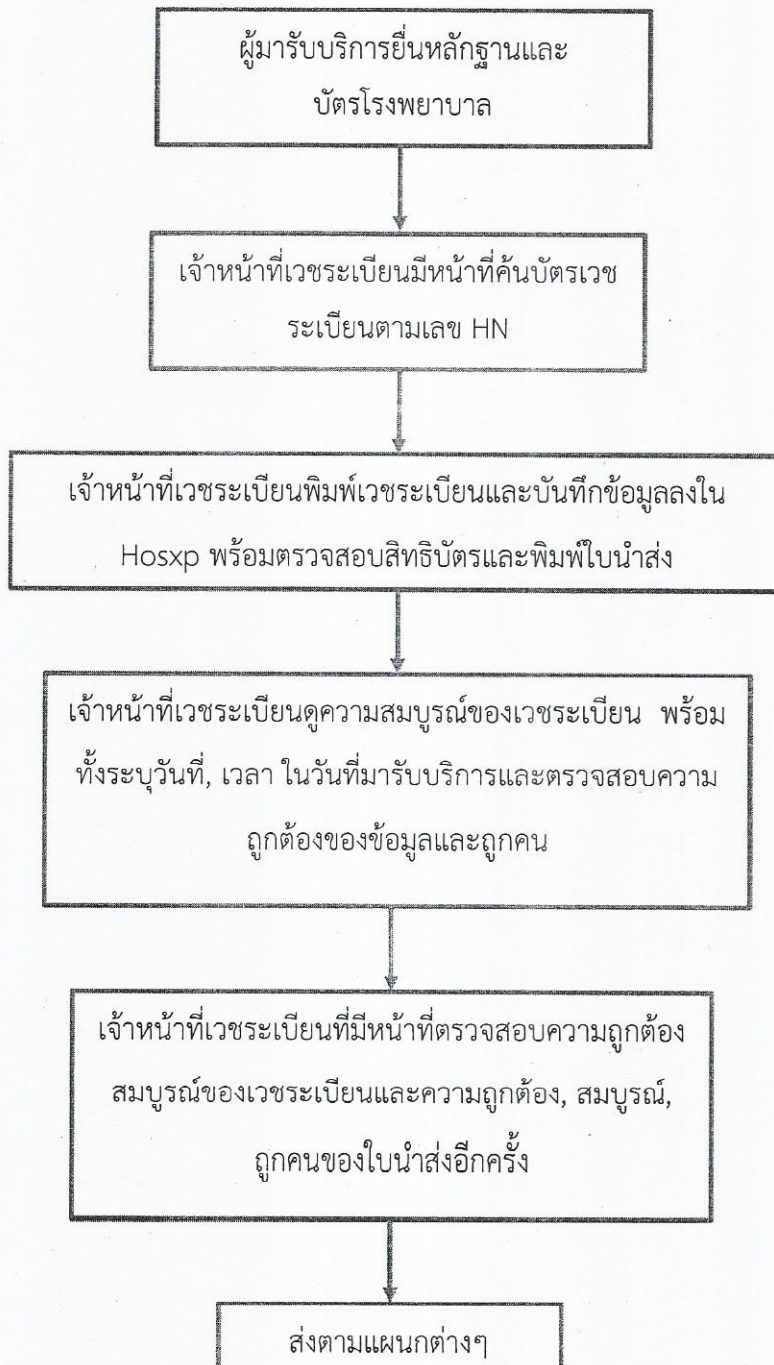
5. แผนผังการดำเนินงาน (Flow chart)

การทำบัตรใหม่



โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : SP - OPD - 001
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 03
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 18 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การให้บริการเวชระเบียน	หน้า 4/12

การทำบัตรเก่า



โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : SP - OPD - 001
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 03
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 18 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การให้บริการเวชระเบียน	หน้า 5/12


6. เกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัดควบคุมคุณภาพ จะประเมินคุณภาพการให้บริการเวชระเบียนถูกคนทุกวัน
ตัวชี้วัด คือ

“ไม่พบอุบัติการณ์เวชระเบียนผิดคน”

7. เอกสารแนบท้าย

เอกสารแนบท้ายที่ 1 แบบ รบ.1 ต 01 บัตรประจำตัวผู้มารับบริการ

<p>รบ.1 ต.01</p> <div style="text-align: center;">  กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลกันทรวิชัย </div> <p>ชื่อ.....</p> <p>ที่อยู่..... หมู่..... ตำบล.....</p> <p>อำเภอ..... จังหวัด.....</p> <p>โปรดนำบัตรนี้มาทุกครั้งเมื่อมาตรวจหรือติดต่อที่โรงพยาบาล</p> <p>วันราชการเปิดทำงานเวลา 08.00 - 16.00 น.</p> <p>วันหยุดราชการตรวจเฉพาะผู้ป่วยหนัก - ผู้ป่วยฉุกเฉิน</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">อายุ</th> <th style="width: 40%;">เลขที่ทั่วไป</th> <th style="width: 40%;">พ.ศ.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">ระวังอย่าทำหาย</p>	อายุ	เลขที่ทั่วไป	พ.ศ.															
อายุ	เลขที่ทั่วไป	พ.ศ.																	

โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : SP - OPD - 001
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 03
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 18 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การให้บริการเวชระเบียน	หน้า 6/12

เอกสารแนบท้ายที่ 2 รปส. 01 ใบรายงานการรักษาผู้มีสิทธิประกันสังคม

รายงานการรักษาผู้ป่วยนอกและค่ารักษาพยาบาลผู้ประกันสังคม

รพ.ที่ให้การรักษา รพ./สอ.....สสอ.....จังหวัดมหาสารคาม

เป็น () 1. สถานพยาบาลประกันสังคมคู่สัญญาหลัก (Main contractor)

() 2. คู่สัญญาร่วม (Sub contractor) ของ รพ.มหาสารคาม

ชื่อโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือก.....จังหวัด.....

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เพศ 1. ชาย 2. หญิง

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

เลขที่บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล.....AN.....HN.....

รพ.ที่ผู้ประกันตนเลือก.....วันที่รักษา.....จำนวน.....ครั้ง

การวินิจฉัยโรค.....

สาเหตุ 1. การเจ็บป่วย 2. อุบัติเหตุจลาจล 3. ป่วย / อุบัติเหตุจากการทำงาน

4. อุบัติเหตุอื่นๆ 5. การตั้งครรภ์ 6. อุบัติภัย

การวินิจฉัยอื่นๆ.....รหัสแพทย์ผู้รักษา.....

รายการ	ค่าบริการ
1. บริการขั้นสุด.....
2. บริการคลังเลือด.....
3. บริการพยาธิวิทยา.....
4. บริการรังสีวิทยา.....
5. บริการการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ.....
6. บริการผ่าตัด.....
7. ค่าอวัยวะเทียม / อุปกรณ์บำบัด.....
8. บริการระงับความรู้สึก.....
9. ค่ายาและเวชภัณฑ์.....
10. บริการเวชกรรมฟื้นฟู.....
11. ค่าบริการบำบัดรักษาอื่นๆ.....
12. ค่าพาหนะขนส่ง.....
รวม	

(ตัวอักษร).....บาท


ลายมือชื่อผู้ประกันตน.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

...../...../.....

โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : SP - OPD - 001
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 03
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 18 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การให้บริการเวชระเบียน	หน้า 7/12

เอกสารแนบท้ายที่ 3 สปส. 2-15 แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคมนอกเขต (แผ่นที่ 1)

 สำนักงานประกันสังคม	แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคม (สำหรับสถานพยาบาล)	สำหรับเจ้าหน้าที่ เลขที่รับ..... วันที่รับ..... ผู้รับ.....
	1. โรงพยาบาล กันทรวิชัย ขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคม ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน กรณี <input type="checkbox"/> ประสบอันตราย <input type="checkbox"/> เจ็บป่วยฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> สำนักงานประกันสังคมยังไม่ได้ออกบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ประเภท <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน 2. โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ป่วยประกันสังคม..... 3. สาเหตุของการประสบอันตราย / เจ็บป่วย..... 4. วิธีการรักษาพยาบาล..... วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ รวมเป็นเงิน บาท (.....) 5. ขอรับเงิน <input type="checkbox"/> ที่สำนักงานประกันสังคม <input type="checkbox"/> ธนาคารคัสซิ่งจ่าย พล. <input type="checkbox"/> ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี..... 6. เอกสารประกอบการยื่นคำขอแนบ <input type="checkbox"/> สำเนาเวชระเบียน <input type="checkbox"/> ใบสรุป / ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์จากแพทย์ผู้รักษา <div style="text-align: right;"> (ลงชื่อ) (นายเจษฎา พัทธเวทิน) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรวิชัย </div>	
คำรับรองของผู้ประกันตน		
ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลตามระยะเวลาดังกล่าวจริง และยินยอมให้สถานพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาล เป็นจำนวนเงิน บาท (.....) หากมีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิซึ่งข้าพเจ้าจะได้รับจากสำนักงานประกันสังคม ข้าพเจ้าจะไม่นำใบเสร็จรับเงินมาเบิกจาก สำนักงานประกันสังคมแต่อย่างใด <div style="text-align: right;"> (ลงชื่อ) วันที่/...../..... </div>		
คำเตือน: ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความ จริง ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าวนั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สามทำ อ่อนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกินสามปี หรือปรับ ไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ		

โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : SP - OPD - 001
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 03
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 18 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การให้บริการเวชระเบียน	หน้า 8/12

แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคมนอกเขต (แผ่นที่ 2)

แบบใบแจ้งค่ารักษาพยาบาลสำหรับเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของสำนักงานประกันสังคม

ชื่อโรงพยาบาล กันทรวิชัย ที่ตั้ง 294/2 ม.2 ค.โคกพระ อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150
 ชื่อผู้ป่วย..... ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....
 วันที่ตรวจ..... เวลา.....
 วันที่รับไว้เป็นผู้ป่วย..... เวลา..... วันที่จำหน่าย..... เวลา.....
 การวินิจฉัยโรค..... การผ่าตัด.....

รายการ	ราคา	
1. ค่ารักษาพยาบาล (Medical Service)		
1.1 ค่าบริการทางการแพทย์ (Hospital Medical Expenses)		
1.1.1 ค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด (Drugs and parental Nutrition)		
1.1.1(1) ยาผู้ป่วยใน (Inpatient Medication)		
(2) ยาผู้ป่วยกลับบ้าน (Home Medication)		
(3) ยาผู้ป่วยนอก (Out patient Medication)		
1.1.2 ค่าเวชภัณฑ์ (Medical Supplies)		
1.1.2(1) เวชภัณฑ์ 1 (Medical Supplies 1)		
(2) เวชภัณฑ์ 2 (Medical Supplies 2)		
(3) เวชภัณฑ์ 3 (Medical Supplies 3)		
1.1.3 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต (Blood Transfusion Services and Blood Components)		
1.1.4 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา (Lab Investigation and Pathology)		
1.1.5 ค่าตรวจวินิจฉัยและการรักษาทางรังสีวิทยา (Diagnostic Radiology and Radiotherapy)		
1.1.5(1) ค่าตรวจวินิจฉัยปกติ (Standard Diagnostic Imaging)		
(2) ค่าตรวจวินิจฉัยพิเศษ (Special Diagnostic Imaging)		
(3) การรักษาทางรังสีวิทยา (Radiotherapy)		
1.1.6 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ (Special Diagnostics)		
1.1.7 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ (Medical Equipment)		
1.1.7(1) อุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่ใช้ในการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และหรือหอผู้ป่วย		
(2) อุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่ใช้ในห้องผ่าตัดรวมถึงอุปกรณ์ของโต๊ะวิสัญญี		
1.1.8 ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด (Operating Theater and Delivery Room)		
1.1.9 ค่าบริการทางทันตกรรม (Dental Services)		
1.1.10 ค่าบริการทางกายภาพบำบัด (Physical Therapy)		
1.1.11 ค่าบริการฝังเข็ม (Acupuncture)		
1.1.12 ค่าบริการพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและศุภครรภ์ (Nursing and Midwifery Charges)		
1.1.13 ค่าบริการของผู้ประกอบโรคศิลป์อื่นๆ (Miscellaneous Health Professional Charges)		
1.1.14 ค่าบริการเหมาจ่ายการรักษาพยาบาล (Packaged Medical Charges)		
1.1.14(1) ค่าบริการชุดเหมาจ่าย (Medical Packages)		
(2) ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ (Other Medical Service Charges)		

*ราคาที่ประกาศ

**ราคาที่เรียกเก็บ

โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : SP - OPD - 001
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 03
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 18 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การให้บริการเวชระเบียน	หน้า 9/15

แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคมนอกเขต (แผ่นที่ 3)

รายการ	ราคา
1.2 ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์ (Health Professional Fees)	
1.2.1 ค่าตรวจรักษาทั่วไปของผู้ประกอบวิชาชีพ (Physician Evaluation and Management Service)	
1.2.1(1) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก ครั้งแรก	
(2) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก ครั้งต่อไป สำหรับปัญหาเดียวกัน	
(3) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก ครั้งต่อไป สำหรับปัญหาเรื้อรัง	
(4) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก ลูกเดิน	
(5) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยใน ครั้งแรกสำหรับการรับตัวครั้งนั้น	
(6) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยใน ครั้งต่อไป สำหรับการรับตัวครั้งนั้น	
(7) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยใน เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยและสรุปเวชระเบียน	
(8) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยใน ครั้งแรก สำหรับการรับตัวในห้องผู้ป่วยหนัก	
(9) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยใน ครั้งต่อไป สำหรับการรับตัวในห้องผู้ป่วยหนัก	
(10) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยในอย่างอื่น	
(11) ตรวจวินิจฉัยสาขาเฉพาะ	
(12) ตรวจสุขภาพต่างๆ	
1.2.2 ค่าทำหัตถการและหัตถการต่างๆของผู้ประกอบวิชาชีพ (Physician Procedures)	
1.2.3 ค่าปฏิบัติการอื่นๆ ของผู้ประกอบวิชาชีพ (Other Health Professional Fees)	
1.2.3(1) ค่าทำวิสัญญีแพทย์ (Anesthetic Professional Fees)	
(2) ค่าวิชาชีพทันตกรรม (Dental Professional Fees)	
(3) ค่าผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ (Nurse Midwife Professional Fees)	
(4) ค่าผู้ประกอบโรคศิลป์ (Miscellaneous Health Professional Fees)	
2. ค่าบริการโรงพยาบาลอื่นๆ (Other Hospital Services)	
2.1 ค่าห้องหรือค่าเตียงผู้ป่วยประเภทต่างๆ (Standard Inpatient Accommodation)	
2.2 ค่าห้องหรือค่าเตียงที่ใช้สังเกตอาการ การพักผ่อน หรืออื่นๆ (Observed Room)	
2.3 ค่าอาหารผู้ป่วยใน (Foods)	
2.3.1 อาหารผู้ป่วยในปกติ (Standard Inpatient Foods)	
2.3.2 อาหารทางการแพทย์ (Special Inpatient Foods)	
2.3.3 อาหารที่มีวัตถุประสงค์พิเศษอื่นๆ (Other Special - Purpose Nutrition)	
2.3.2 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Dietary Supplement)	
2.4 ค่าบริการและเก็บรักษาศพ (Mortuary Services)	
2.5 ค่าบริการพาหนะนำส่งผู้ป่วย (Transportation Services)	
2.6 ค่าบริการอื่นๆ (Other Hospital Charges)	

ผู้รับเงิน.....

รวม บาท


ตัวอักษร(.....)

ลงชื่อผู้รับทราบ.....ฐานะ นายจ้าง ลูกจ้าง

วันที่...../...../.....

โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : SP - OPD - 001
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 03
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 18 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การให้บริการเวชระเบียน	หน้า 10/12

เอกสารแนบท้ายที่ 4 สปส.2-19แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนทุพพลภาพ(แผ่น1)

 <p>แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพ กองทุนประกันสังคม (สำหรับสถานพยาบาล)</p>	<p>สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p>เลขที่รับ.....</p> <p>วันที่รับ.....</p> <p>ผู้รับ.....</p>
	<p>ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลกันทรวิชัย ขอรับค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยประกันตนที่ทุพพลภาพ</p> <p>ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน</p> <p>เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภท <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน</p> <p>ข้อมูลสถานพยาบาล <input type="checkbox"/> เป็น สถานพยาบาลที่ผู้ทุพพลภาพเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์ <input type="checkbox"/> ไม่เป็น สถานพยาบาลที่ผู้ทุพพลภาพเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์</p> <p>ชื่อโรคหรืออาการที่เข้ารับบริการทางการแพทย์</p> <p>.....</p> <p>วิธีการรักษาพยาบาล</p> <p>.....</p> <p>วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่</p> <p>รวมเป็นเงิน บาท (.....)</p> <p>ขอรับเงิน <input type="checkbox"/> ที่สำนักงานประกันสังคม <input type="checkbox"/> ธนาคารตั้งจ่าย ปณ. <input type="checkbox"/> ธนาคาร</p> <p>สาขา เลขที่บัญชี</p> <p>เอกสารประกอบการยื่นคำขอแนบ</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> ใบสรุป / ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>ผู้อำนวยการ/ผู้รับมอบอำนาจ โรงพยาบาลกันทรวิชัย</p>
<p>คำรับรองของผู้ประกันตน</p>	
<p>ข้าพเจ้า</p> <p>ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลตามระยะเวลาดังกล่าวจริง และยินยอมให้สถานพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาล</p> <p>เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)</p> <p>หากมีค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิซึ่งข้าพเจ้าจะได้รับจากสำนักงานประกันสังคม ข้าพเจ้าจะไม่นำใบเสร็จรับเงินมาเบิกจากสำนักงานประกันสังคมแต่อย่างใด</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>วันที่</p>	<p>ขอรับรองว่า</p>
<p>คำเตือน: ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 341 ผู้ใดโดยทุจริต หลอกลวงผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริง ซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าวนี้ ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้ผู้ถูกหลอกลวง หรือบุคคลที่สามทำ ถอนหรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกง ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ</p>	

โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : SP - OPD - 001
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 03
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 18 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การให้บริการเวชระเบียน	หน้า 11/12

แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนทุพพลภาพ (แผ่น2)

แบบใบแจ้งค่ารักษาพยาบาลสำหรับเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของสำนักงานประกันสังคม

ชื่อโรงพยาบาล กันทรวิชัย ที่ตั้ง 294/2 ม.2 ต.โคกพระ อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150
 ชื่อผู้ป่วย..... ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....
 วันที่ตรวจ..... เวลา.....
 วันที่รับไว้เป็นผู้ป่วย..... เวลา..... วันที่จำหน่าย..... เวลา.....
 การวินิจฉัยโรค..... การผ่าตัด.....

รายการ	ราคา	
1. ค่ารักษาพยาบาล (Medical Service)		
1.1 ค่าบริการทางการแพทย์ (Hospital Medical Expenses)		
1.1.1 ค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด (Drugs and parental Nutrition)		
1.1.1(1) ยาผู้ป่วยใน (Inpatient Medication)		
(2) ยาผู้ป่วยกลับบ้าน (Home Medication)		
(3) ยาผู้ป่วยนอก (Out patient Medication)		
1.1.2 ค่าเวชภัณฑ์ (Medical Supplies)		
1.1.2(1) เวชภัณฑ์ 1 (Medical Supplies 1)		
(2) เวชภัณฑ์ 2 (Medical Supplies 2)		
(3) เวชภัณฑ์ 3 (Medical Supplies 3)		
1.1.3 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต (Blood Transfusion Services and Blood Components)		
1.1.4 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา (Lab Investigation and Pathology)		
1.1.5 ค่าตรวจวินิจฉัยและการรักษาทางรังสีวิทยา (Diagnostic Radiology and Radiotherapy)		
1.1.5(1) ค่าตรวจวินิจฉัยปกติ (Standard Diagnostic Imaging)		
(2) ค่าตรวจวินิจฉัยพิเศษ (Special Diagnostic Imaging)		
(3) ค่ารักษาทางรังสีวิทยา (Radiotherapy)		
1.1.6 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ (Special Diagnostics)		
1.1.7 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ (Medical Equipment)		
1.1.7(1) อุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่ใช้ในการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และหรือหอผู้ป่วย		
(2) อุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่ใช้ในห้องผ่าตัดรวมถึงอุปกรณ์ของไต่วิจัย		
1.1.8 ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด (Operating Theater and Delivery Room)		
1.1.9 ค่าบริการทางทันตกรรม (Dental Services)		
1.1.10 ค่าบริการทางกายภาพบำบัด (Physical Therapy)		
1.1.11 ค่าบริการฝังเข็ม (Acupuncture)		
1.1.12 ค่าบริการการพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Charges)		
1.1.13 ค่าบริการของผู้ประกอบโรคศิลป์อื่นๆ (Miscellaneous Health Professional Charges)		
1.1.14 ค่าบริการเหมาจ่ายการรักษาพยาบาล (Packaged Medical Charges)		
1.1.14(1) ค่าบริการชุดเหมาจ่าย (Medical Packages)		
(2) ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ (Other Medical Service Charges)		

*ราคาที่ประกาศ

**ราคาที่เรียกเก็บ

โรงพยาบาลกันทรวิชัย	รหัสเอกสาร : SP - OPD - 001
แผนกผู้ป่วยนอก	แก้ไขครั้งที่ : 03
ประเภทเอกสาร : ระเบียบปฏิบัติ	วันที่ประกาศใช้ : 18 มีนาคม 2562
เอกสารเรื่อง : การให้บริการเวชระเบียน	หน้า 12/12

แบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนทุพพลภาพ (แผ่น2)

รายการ	ราคา	
1.2 ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์ (Health Professional Fees)		
1.2.1 ค่าตรวจรักษาทั่วไปของผู้ประกอบวิชาชีพ (Physician Evaluation and Management Service)		
1.2.1(1) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก ครั้งแรก		
(2) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก ครั้งต่อไป สำหรับปัญหาเดียวกัน		
(3) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก ครั้งต่อไป สำหรับปัญหาเรื้อรัง		
(4) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก จุกเค็ม		
(5) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยใน ครั้งแรกสำหรับการรับตัวครั้งนั้น		
(6) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยใน ครั้งต่อไป สำหรับการรับตัวครั้งนั้น		
(7) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยใน เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยและสรุปเวชระเบียน		
(8) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยใน ครั้งแรก สำหรับการรับตัวในห้องผู้ป่วยหนัก		
(9) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยใน ครั้งต่อไป สำหรับการรับตัวในห้องผู้ป่วยหนัก		
(10) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยในอย่างอื่น		
(11) ตรวจวินิจฉัยตยสาขาเฉพาะ		
(12) ตรวจสอบภาพต่างๆ		
1.2.2 ค่าทำหัตถกรรมและหัตถการต่างๆของผู้ประกอบวิชาชีพ (Physician Procedures)		
1.2.3 ค่าปฏิบัติการอื่นๆ ของผู้ประกอบวิชาชีพ (Other Health Professional Fees)		
1.2.3(1) ค่าหัวฉีดฉีดยาแพทย์ (Anesthetic Professional Fees)		
(2) ค่าวิชาชีพทันตกรรม (Dental Professional Fees)		
(3) ค่าผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและศัลยกรรม (Nurse Midwife Professional Fees)		
(4) ค่าผู้ประกอบโรคศิลป์ (Miscellaneous Health Professional Fees)		
2. ค่าบริการโรงพยาบาลอื่นๆ (Other Hospital Services)		
2.1 ค่าห้องหรือค่าเตียงผู้ป่วยประเภทต่างๆ (Standard Inpatient Accommodation)		
2.2 ค่าห้องหรือค่าเตียงที่ใช้สังเกตอาการ การพักฟื้น หรืออื่นๆ (Observed Room)		
2.3 ค่าอาหารผู้ป่วยใน (Foods)		
2.3.1 อาหารผู้ป่วยในปกติ (Standard Inpatient Foods)		
2.3.2 อาหารทางการแพทย์ (Special Inpatient Foods)		
2.3.3 อาหารที่มีวัตถุประสงค์พิเศษอื่นๆ (Other Special - Purpose Nutrition)		
2.3.2 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Dietary Supplement)		
2.4 ค่าบริการและเก็บรักษาศพ (Mortuary Services)		
2.5 ค่าบริการพหนะนำส่งผู้ป่วย (Transportation Services)		
2.6 ค่าบริการอื่นๆ (Other Hospital Charges)		

ผู้รับเงิน.....

รวม บาท

ตัวอักษร(.....)

ลงชื่อผู้รับทราบ.....ฐานะ นายจ้าง ลูกจ้าง

วันที่...../...../.....