



โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โทร. 035-211888 # 1330 ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ

FM UC 2-01

ชื่อ..... HN..... อายุ..... ปี เพศ.....  
 คลินิก/หอ..... AN..... วันที่..... เวลา.....  
 PID ..... สิทธิ .....

RF no..... รพ.หลัก.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เพื่อการส่งตัวผู้ป่วยและรับรองค่าใช้จ่ายตามสิทธิประโยชน์

วัตถุประสงค์ เพื่อ

- การตรวจรักษา ที่ รพ./สถาบัน.....
- การตรวจ ที่ รพ.ราชธานี/ ศูนย์.....
  - CT scan.....  US/MMG.....  ECG
  - MRI.....  Lab พิเศษ.....

- ขอใช้รถส่วนกลาง วันที่.....เวลา.....น.
- ขอส่งด่วน เหตุผล.....

การวินิจฉัยโรค

1. ....
2. ....
3. ....

แพทย์ผู้ตรวจรักษา/Staff

อนุมัติ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

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