



เลขรับ 1855 / 65
วันที่ 7 ก.ค. 65
เวลา.....

ที่ ชย.๑๓๑๘.๑.๐๑/๑๕๘

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่
อำเภอเทพสถิต จ.ชัยภูมิ ๓๖๒๓๐

๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ รถรับ-ส่งผู้ป่วย

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

เนื่องด้วย นายรัฐพล ประทุม อายุ ๕๔ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๔๕๐๒๐๐๒๕๙๗๔๒ อยู่บ้านเลขที่ ๔๘๒ หมู่ที่ ๑ ตำบลบ้านไร่ อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ ไปรักษาตัวที่ รพ.เทพสถิต แต่เกินศักยภาพในการรักษา ทางรพ.เทพสถิต จึงส่งตัวไปรักษาต่อที่ รพ.ชัยภูมิ แต่ผู้ป่วยไม่มีรถเดินทางไป

จึงขอความอนุเคราะห์ รถรับ-ส่งผู้ป่วย จากทางองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่ เดินทางไปรักษาต่อที่ รพ.ชัยภูมิ ในวันอังคารที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๖.๐๐ น. เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในเรื่องดังกล่าวและขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือด้วยดี มาโดยตลอด

แวง นายคอบด.บ้านไร่

เพื่อโปรดทราบ
แจ้ง.....

เห็นควรพิจารณาดำเนินการต่อไป

(นางสาววิไลนา จังโกฏี)
เจ้าพนักงานธุรการ ชำนาญงาน

ขอแสดงความนับถือ

เขตจรนพ

(น.ส.เบญจมาพร ฤทธิ์จรูญ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ รักษาการแทนในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่

จ.อ.
(ชานนดี พึ่งกุล)
หัวหน้าสำนักปลัด

(นายศุภกฤษ ฐานเจริญ)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่

โทร. ๐๖๑-๖๑๙๕๒๙๕

E-mail: banraio๔๐๓๒@gmail.com

นายกรณต์ เขตจันทัก

นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

"ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐" เลขที่ ๑๒๐ หมู่ ๓ ซัน ๒-๕ อาคารรวมหน่วยงานราชการ ถนนแจ้งวัฒนะ
 แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๕๐ โทรศัพท์ ๐๒ ๕๔๓ ๕๐๐๐ โทรสาร ๐๒ ๕๔๓ ๕๗๖๐ www.nhso.go.th

ข้อมูลรายละเอียดบุคคล สปสข.

เลขประจำตัวประชาชน : 3450200259742

เดือนปีเกิด : มิถุนายน 2511

ชื่อ-สกุล : จีรุต ประทุม

เพศ : ชาย

สถานภาพบุคคล : มีภูมิลำเนาอยู่ในบ้านนี้

ข้อมูล ณ วันที่ : 6 กรกฎาคม 2565 เวลา 10:00 น.

สิทธิที่ใช้เบิก

สิทธิที่ใช้เบิก : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเภทสิทธิย่อย : ช่วงอายุ 12-59 ปี

รหัสบัตรประกันสุขภาพ : N893320555577

วันที่เริ่มใช้หน่วยบริการ : วันที่ 15 เดือน ธันวาคม 2564 เวลา 20:37 น.

วันหมดสิทธิย่อย : วันที่ 24 เดือน มิถุนายน 2571 เวลา 23:59 น.

จังหวัดที่ลงทะเบียนรักษา : ศรีสะเกษ

หน่วยบริการปฐมภูมิ : รพ.สต.บ้านหัวเหล้า (03464)

หน่วยบริการที่รับส่งต่อ : รพ.โนนคูณ (10938)

Model : 1

จำนวนครั้งที่เปลี่ยนหน่วยบริการประจำ : 1

หน่วยบริการประจำ : รพ.โนนคูณ (10938)

ผู้พิมพ์เอกสาร : ยนลดา บัวลา

หน่วยงาน : รพ.เทพสถิต (จ.ชัยภูมิ)

วันที่ตรวจสอบสิทธิ : 6 กรกฎาคม 2565 เวลา 10:00 น.

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

IN 6600๒๙๓

เลขที่ 6501382 วันที่ 6 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖5

จาก ร.น. เกษม (โทรศัพท์

ถึง ร.น. ชัยภักดิ์

พร้อมหนังสือนี้ ขอส่งผู้ป่วย ชื่อ 9๓๖ วิภาดา ประทุม เพศ ๗

อายุ 54 ปี อยู่บ้านเลขที่ 55 หมู่ที่ 14 ถนน

ตำบล ปุค อำเภอ ไนคอง จังหวัด ศรีสะเกษ

สถานที่ใกล้เคียง คือ มาเพื่อโปรด:-

รับไว้รักษาต่อ ตรวจขั้นสุด คมไว้สังเกต ขอทราบผล

๑. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว.....

๒. ประวัติการป่วยปัจจุบัน.....

๓. ผลการตรวจขั้นสุดทางห้องทดลองที่สำคัญ.....

๔. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น Jugular thrombosis (RT)

๕. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

๖. สาเหตุที่ส่ง.....

๗. รายละเอียดอื่น ๆ.....

(ถ้าเป็นโรคติดต่อ แจ้งความแล้ว ยังไม่ได้แจ้ง)



สิทธิการรักษาพยาบาล

เบิก พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ

บัตรประกันสุขภาพประเภท 12-59 4

เลขที่ N 893320555577

เรียกเก็บเงินไปที่ สสจ. ชัยภูมิ

(รพ. ไนคอง)

.....

ผู้ตรวจสอบ

(ลงชื่อ).....

(.....)

กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖...../...../.....

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

HN ๒๒๐๐๒๑๑

เลขที่ ๕๐๑๓๘๖ วันที่ ๕ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

จาก รพ. เชนา ๒๓ (โทรศัพท์.....)

ถึง รพ. ชิงแก้ว

พร้อมหนังสือนี้ ขอส่งผู้ป่วย ชื่อ กนก วิชาญ ประทุม เพศ. ๘

อายุ ๕๔ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๕๕ หมู่ที่ ๑๔ ถนน

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง คือ..... มาเพื่อโปรด:-

รับไว้รักษาต่อ ตรวจชั้นสูตร คมไว้สังเกต ขอทราบผล

๑. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว.....

๒. ประวัติการป่วยปัจจุบัน.....

๓. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องทดลองที่สำคัญ.....

๔. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น *Jugueal Wome (RT)*

๕. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

๖. สาเหตุที่ส่ง..... *Papan mungok*

๗. รายละเอียดอื่นๆ.....

(ถ้าเป็นโรคติดต่อ) แจ้งความแล้ว ยังไม่ได้แจ้ง) *๖๕๗๐๖*



สิทธิการรักษาพยาบาล

เบิก พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ

บัตรประกันสุขภาพประเภท ๑๒-๕๙ ๕

เลขที่ N ๘๙๓๓๒๐๕๕๕๕๖๖

เรียกเก็บเงินไปที่ สสจ. ชัยภูมิ

(รพ. เชนา ๒๓)

.....

ผู้ตรวจสอบ *M*.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖...../...../.....

แบบแจ้งผลการตรวจ การรักษาหรือส่งผู้ป่วยกลับ

เลขที่...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จาก..... (โทรศัพท์.....)

ถึง.....

ตามที่ท่านได้ส่ง.....เพศ.....อายุ.....ปี

มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ ดังนี้:-

๑. ผลการขั้นสุดที่สำคัญ.....

๒. การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย.....

๓. การรักษาที่ให้.....

๔. ขอให้ดำเนินการต่อ ดังนี้.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

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