

## ใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความ

ข้าพเจ้า.....	<input type="checkbox"/> หัวหน้าสถานพยาบาล
	<input type="checkbox"/> นายแพทย์ผู้ตรวจรักษา
แห่งสถานพยาบาล.....	จังหวัด.....
ขอรับรองว่า.....	ซึ่งป่วยเป็นโรค.....
<input type="checkbox"/> ก. จำเป็นต้องใช้	<input type="checkbox"/> ยา
	<input type="checkbox"/> เลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน
	<input type="checkbox"/> น้ำยาอาหารทางเส้นเลือด
	<input type="checkbox"/> ออกซิเจน
	<input type="checkbox"/> อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค
	ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาลแห่งนี้
<input type="checkbox"/> ข. จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจ	<input type="checkbox"/> ทางห้องทดลอง
	<input type="checkbox"/> เอกซเรย์
	ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งสถานพยาบาลแห่งนี้
	ไม่อาจให้บริการได้
(๑).....	รหัส*.....
(๒).....	รหัส*.....
(๓).....	รหัส*.....
(๔).....	รหัส*.....
	(ลงชื่อ).....
	(.....)
	ตำแหน่ง.....
	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ \* รหัส หมายถึง ให้สถานพยาบาลลงรหัสตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการเพื่อผู้มีสิทธิใช้ประกอบการเบิกจ่ายเงินที่ส่วนราชการ