

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 สรุปค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาผู้ป่วยใน

ชื่อผู้ป่วย..... HN..... AN..... ว.ด.ป.เกิด.....อายุ.....ปี
 ตึก..... Diag.1..... Daig.2..... Daig.3..... Daig.4..... แพทย์ผู้รักษา.....
 รับวันที่..... เวลา..... น. ตัดยอดวันที่..... จำนวนวันที่อยู่รักษา.....วัน
 จำหน่ายวันที่..... เวลา..... น. H.V.....วัน
สภาพการจำหน่าย 1.Recovered 2.Much improved 3.Moderately improved 4. Slightly improved
 5. No change 6. Worse 7. No psychiatric symptom 8. Dead

สภาพการชำระเงิน

- 1.ชำระเอง
- 2.บัตรประกันสุขภาพ เลขที่.....สถานบริการหลักในบัตร.....refer มาจาก.....
- 3. กรมบัญชีกลาง
- 4. หนังสือส่งตัวจากต้นสังกัด.....
- 5. บัตรประกันสังคม เลขที่.....

สรุปค่ารักษาพยาบาล

- | | | | | |
|-----------------|----------------------------------------|--------------------|---------------------|--------------|
| 1. ผู้ป่วยสามัญ | ค่าบริการผู้ป่วยใน | วันละ 300 บาท | จำนวน.....วัน | เงิน.....บาท |
| | ค่าเตียงสามัญ | วันละ 300 บาท | จำนวน.....วัน | เงิน.....บาท |
| 2. ผู้ป่วยพิเศษ | ค่าบริการผู้ป่วยใน | วันละ 300 บาท | จำนวน.....วัน | เงิน.....บาท |
| | ค่าห้องพิเศษ | วันละ 450 บาท | จำนวน.....วัน | เงิน.....บาท |
| | ค่าอาหารพิเศษ | วันละ 150 บาท | จำนวน.....วัน | เงิน.....บาท |
| 3. | ค่าขนานาไปใช้ต่อบ้าน ยาในบัญชี.....บาท | ยานอกบัญชี.....บาท | รวมเป็นเงิน.....บาท | |
| 4. | ค่าใช้ในโรงพยาบาล ยาในบัญชี.....บาท | ยานอกบัญชี.....บาท | รวมเป็นเงิน.....บาท | |
| 5. | ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ (จากหน้า 2)..... | | รวมเป็นเงิน.....บาท | |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ข้อ 1-5)บาท ชำระ.....บาท คงค้าง.....บาท
 เลขที่ใบเสร็จรับเงิน.....

ตรวจพิจารณาค่ารักษาพยาบาลแล้ว

อนุมัติ

เจ้าหน้าที่การเงิน

แบบรายงานค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ลำดับที่	รายการตรวจรักษา	อัตรา ค่าบริการ	จำนวน ครั้ง	เป็นเงิน
1	ค่าบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ตลอดการอยู่โรงพยาบาล	500		
2	กลุ่มจิตบำบัด (คน/ครั้ง/กลุ่ม)	100		
3	กลุ่มกิจกรรมบำบัด (คน/เดือน น้อยกว่า 15 วัน คิดครั้งเดือน)	300		
4	กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยใน (O.T) อาชีวะบำบัด, เกษตรกรรม (คน/เดือน น้อยกว่า 15 วัน คิดครั้งเดือน)	300		
5	พฤติกรรมบำบัด (คน/เดือน น้อยกว่า 15 วัน คิดครั้งเดือน)	300		
6	ทำแผลแห้ง	70		
7	ทำแผลเปิด/ติดเชื้อ	140		
8	บริการตรวจทางจิตวิทยาทั้งหมด	200		
9	จิตสังคมบำบัด สัปดาห์ละ	100		
10	E.C.T. ครั้งละ (ทำช็อคไฟฟ้า) ต่อ คน/ครั้ง	100		
11	E.E.G. ครั้งละ	900		
12	ค่าตรวจร่างกายเพื่อขอใบรับรองแพทย์ ครั้งละ	50		
13	ค่าตรวจร่างกายเพื่อออกใบรับรองแพทย์ทางจิต/คดี ครั้งละ	1,000		
14	ค่าให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	100		
15	ค่าฉีดยา IV	20		
16	ค่าฉีดยา MI	20		
17	ทดสอบเชอร์ปัญญา (ครั้ง)	200		
18	ทดสอบบุคลิกภาพ (ครั้ง)	300		
19	คำนวณเพื่อรักษา	100		
20	ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
21	ค่าบริการทันตกรรม			
22	ค่าบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (คน/ครั้ง)	100		
23	ค่าออกซิเจน			
	- ไม่นเกิน 8 ชั่วโมง	160		
	- เกิน 8 ชั่วโมง	450		
24	การประเมินทางกิจกรรมบำบัด/อาชีวะบำบัด โดยเครื่องมือมาตรฐาน (ครั้ง)	100		
25	การประเมินทางกิจกรรมบำบัด/อาชีวะบำบัด โดยเครื่องมือทั่วไป	80		
26	การให้บริการกลุ่ม / การประเมินกลุ่ม (ครั้ง) (ผู้ป่วยไม่เกิน 5 คน ค่อนักกิจกรรมบำบัด / นักอาชีวะบำบัด 1 คน)	80		
27	อื่นๆ.....			
	รวมเป็นเงิน			

ชื่อผู้ป่วย..... ผู้รวบรวม..... เจ้าหน้าที่ประจำตึก