

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  
สรุปค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาผู้ป่วยใน

HN \_\_\_\_\_ AN \_\_\_\_\_ ชื่อผู้ป่วย \_\_\_\_\_  
เลขบัตรประชาชน \_\_\_\_\_ วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_

สถานภาพ 1 \_\_\_\_\_ อาชีพ \_\_\_\_\_ ตึกผู้ป่วย \_\_\_\_\_

สิทธิการรักษา \_\_\_\_\_ เลขที่หนังสือส่งตัว/Claim Code/อนุมัติสิทธิ \_\_\_\_\_

เลขที่บัตร \_\_\_\_\_ โรงพยาบาลหลัก \_\_\_\_\_ แพทย์ผู้รักษา \_\_\_\_\_

รับไว้วันที่ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ จำหน่ายวันที่ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_

จำนวนรวมวันลากลับบ้าน \_\_\_\_\_ วัน จำนวนวันนอน \_\_\_\_\_ วัน

สถานภาพการจำหน่าย None

ประเภทการจำหน่าย None

การวินิจฉัยโรค(Diagnostics)

รหัสหัตถการ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

สรุปค่ารักษาพยาบาล

รายการค่าบริการทางการแพทย์			เบิกได้	เบิกไม่ได้
ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล	ยาในบัญชี _____	ยานอกบัญชี _____	_____	_____
ค่ายานำไปใช้ที่บ้าน	ยาในบัญชี _____	ยานอกบัญชี _____	_____	_____
ค่าห้อง			_____	_____
ค่าบริการทางการแพทย์			_____	_____
ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา			_____	_____
ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู			_____	_____
รวมทั้งหมด	ส่วนลด _____	ชำระ _____	สงเคราะห์ _____	
จำนวนเงินที่เรียกเก็บจากสิทธิ	บาท ( _____ )			

ตรวจพิจารณาค่ารักษาพยาบาลแล้ว

อนุมัติ

เจ้าหน้าที่การเงิน

( \_\_\_\_\_ )