

ใบรับรองรายการวัสดุ/อุปกรณ์ในการบำบัดโรคและการส่งตรวจอื่นๆ ที่ไม่มีจำหน่าย/บริการ  
ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์

ข้าพเจ้า ..... แพทย์ผู้ตรวจรักษา

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว) .....

สิทธิ์การรักษา ..... HN. ....

ป่วยเป็นโรค .....

มีความจำเป็นต้องใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค ซึ่งไม่มีจำหน่ายในโรงพยาบาลแห่งนี้

1. รายการ .....

รหัส .....

2. รายการ .....

รหัส .....

มีความจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจ ซึ่งโรงพยาบาลแห่งนี้ไม่อาจให้บริการได้

1. ทางห้องทดลอง .....

รหัส ..... (แพทย์ผู้ส่งระบุ)

2. เอ็กซเรย์ .....

รหัส ..... (แพทย์ผู้ส่งระบุ)

อื่นๆ ซึ่งโรงพยาบาลแห่งนี้ไม่มี

1. รายการ .....

รหัส .....

2. รายการ .....

รหัส .....

ความเห็นประกอบการพิจารณาเพิ่มเติม .....

..... หัวหน้าภาควิชา/เจ้าหน้าที่พัสดุ/หน่วยงานที่จำหน่าย

ลงชื่อ .....

(.....)

หัวหน้าภาควิชา/เจ้าหน้าที่พัสดุ/หน่วยงานที่จำหน่าย

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

ลงชื่อ .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจรักษา

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

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

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

(พร้อมประทับตราโรงพยาบาลสงขลานครินทร์)