



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานเลขานุการกรม ฝ่ายประชาสัมพันธ์และสวัสดิการ โทร. ๐-๒๖๑๘-๒๓๒๓ ต่อ ๑๘๒๓
ที่ นร ๐๒๐๑.๐๓/๑๖๒ วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความร่วมมือการออกแบบตรวจสอบสุขภาพประจำปีกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมมหาชน)

เรียน ผอ.สำนัก/กอง, ผชช. และหัวหน้าหน่วยงานส่วนกลาง

ด้วยโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมมหาชน) จะมาดำเนินการตรวจสอบสุขภาพประจำปีให้แก่บุคลากรกรมประชาสัมพันธ์ (ส่วนกลาง) ในวันพฤหัสบดีที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๗.๐๐ - ๑๑.๐๐ น. ณ บริเวณชั้น ๑ อาคารกรมประชาสัมพันธ์

ในการนี้ เพื่อความสะดวกแก่การให้บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปี จึงขอให้ผู้ให้บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีดำเนินการดังนี้

๑. ผู้สนใจรับบริการต้องกรอกแบบฟอร์มตรวจสอบสุขภาพให้ถูกต้อง ครบถ้วน
๒. ผู้รับบริการที่ต้องการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, ตรวจมวลกระดูก และ/หรือตรวจมะเร็งปากมดลูก ให้ลงทะเบียนในแบบสำรวจความต้องการตรวจเพิ่มเติม
๓. ผู้รับบริการที่มีสมุดบันทึกการตรวจสุขภาพแล้วให้นำมาให้เจ้าหน้าที่ในวันตรวจด้วย
๔. นำตลับใส่อุจจาระนำส่งแก่เจ้าหน้าที่ในวันรับบริการ (๒๖ มกราคม ๒๕๖๐)
๕. ส่งเอกสารลำดับ ๑ - ๓ มาที่ ฝ่ายประชาสัมพันธ์และสวัสดิการ ชั้น ๘ ภายในวันพุธที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๐ เพื่อจะได้รวบรวมข้อมูลส่งต่อโรงพยาบาลบ้านแพ้วดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และกรุณาแจ้งบุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบต่อไปด้วย
จะขอบคุณยิ่ง

(นายเสมอ นิมเงิน)

ลกน.

แบบฟอร์มตรวจสอบภาพประจำปีงบประมาณ 2560 (เบิกตามกระทรวงการคลัง)

สำหรับ กรมประชาสัมพันธ์

ID เลขบัตรประจำตัวประชาชน วัน / เดือน / ปีเกิด

() นาย () นาง () นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

สำนัก / กอง / กลุ่ม.....เบอร์โทรติดต่อ.....

เพื่อสิทธิในการเบิก ครอบงำใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ต้องการ สิทธิเบิกจากราชการ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้

สถานะสิทธิ์ : ☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ อื่น ๆ

โปรแกรมตรวจสุขภาพ สำหรับ กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี				โปรแกรมตรวจสุขภาพ สำหรับ กลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป			
สุขภาพบุรุษ 380 บาท เบิกได้ 4 รายการ / สุภาพสตรี* 580 บาท เบิกได้ 5 รายการ				สุขภาพบุรุษ 850 บาท เบิกได้ 9 รายการ / สุภาพสตรี* 1,050 บาท เบิกได้ 10 รายการ			
1	☐	ตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-Ray) ระบบ Digital	170 บาท	1	☐	ตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-Ray) ระบบ Digital	170 บาท
2	☐	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	90 บาท	2	☐	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	90 บาท
3	☐	ตรวจปัสสาวะ (Urine Examination)	50 บาท	3	☐	ตรวจปัสสาวะ (Urine Examination)	50 บาท
4	☐	ตรวจอุจจาระ (Stool Examination Routine direct smear ร่วมกับ Occult blood)	70 บาท	4	☐	ตรวจอุจจาระ (Stool Examination Routine direct smear ร่วมกับ Occult blood)	70 บาท
5*	☐	ตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูก (Pap-smear) บริการตรวจชิ้นต่ำ 50 รายขึ้นไป แจกข้อล่องหนอย่างน้อย 2 สัปดาห์	200 บาท	5*	☐	ตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูก (Pap-smear) บริการตรวจชิ้นต่ำ 50 รายขึ้นไป แจกข้อล่องหนอย่างน้อย 2 สัปดาห์	200 บาท
				6	☐	ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	40 บาท
				7	☐	ตรวจการทำงานของไต (BUN , Creatinine)	100 บาท
				8	☐	ตรวจการทำงานของตับ (AST , ALT , Alk-phosphatase)	150 บาท
				9	☐	ตรวจระดับไขมันในเลือด (Cholesterol , Triglyceride)	120 บาท
				10	☐	ตรวจระดับกรดยูริกในเลือด (Uric Acid)	60 บาท
โรงพยาบาลยินดีให้บริการตรวจ สำหรับ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ที่รับการตรวจโปรแกรมพื้นฐานตามสิทธิ์ที่เบิกได้ เพิ่มให้โดยไม่คิดมูลค่า ดังนี้				โรงพยาบาลยินดีให้บริการตรวจ สำหรับ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่รับการตรวจโปรแกรมพื้นฐานตามสิทธิ์ที่เบิกได้ เพิ่มให้โดยไม่คิดมูลค่า ดังนี้			
1)		ตรวจหาระดับไขมันในเลือด <u>Cholesterol</u>	60 บาท	1)		ตรวจหาระดับไขมันดีในเลือด <u>HDL</u>	50 บาท
2)		ตรวจหาระดับไขมันในเลือด <u>Triglyceride</u>	60 บาท	2)		ตรวจหาระดับไขมันไม่ดีในเลือด <u>LDL</u>	50 บาท
3)		ตรวจหาระดับไขมันดีในเลือด <u>HDL</u>	50 บาท	3)		กรณีที่เก็บอุจจาระมาตรวจตามลำดับที่ 4 โรงพยาบาลยินดีตรวจ IFOBT (Fecal Occult Blood Test) เพื่อตรวจภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคต่างๆ เช่น การอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร , ความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ เป็นต้น	100 บาท
4)		ตรวจหาระดับไขมันไม่ดีในเลือด <u>LDL</u>	50 บาท	4)		ตรวจคลำเต้านมเพื่อตรวจหาก้อนเนื้อที่ผิดปกติ (Cyst) (แต่ต้องตรวจภายในสุภาพสตรีร่วมด้วย)	
5)		กรณีที่เก็บอุจจาระมาตรวจตามลำดับที่ 4 โรงพยาบาลยินดีตรวจ IFOBT (Fecal Occult Blood Test) เพื่อตรวจภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคต่างๆ เช่น การอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร , ความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ เป็นต้น	100 บาท				
6)		ตรวจคลำเต้านมเพื่อตรวจหาก้อนเนื้อที่ผิดปกติ (Cyst) (แต่ต้องตรวจภายในสุภาพสตรีร่วมด้วย)					

- กรุณาส่งเอกสารที่กรอกข้อมูลแล้วให้ผู้ประสานงาน ตรวจสุขภาพประจำปีของหน่วยงานของท่าน เพื่อส่งคืนให้แก่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ดำเนินการต่อไป หากท่านส่งเอกสารไม่ทัน กรุณาส่งในวันตรวจสุขภาพ ณ จุดลงทะเบียน

- สำหรับหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ในวันตรวจสุขภาพ กรุณาถือสมุดสุขภาพเล่มเดิมมา
ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ณ จุดลงทะเบียนด้วย เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับผลตรวจ และจะนำสมมติตั้งคืนในวันแจ้งผลพบแพทย์ ณ หน่วยงาน



โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

198 หมู่ 1 อ.บ้านแพ้ว-พระประโทน ต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร 74120

โทรศัพท์ 0-2591-9185 , 095-624-6351 โทรสาร 0-2591-9185 e-mail : bpmarketing2558@hotmail.com

รายการตรวจพิเศษ ชำระเงินเพิ่ม (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ○ หน้าหัวข้อที่ต้องการตรวจเพิ่ม)

ลำดับ		รายการตรวจพิเศษ	ราคา (บาท)
1	☐	(Cholesterol , Triglyceride) ตรวจระดับไขมันในเลือด	120
2	☐	(HDL , LDL) ตรวจระดับไขมันดีและไขมันไม่ดีในเลือด	100
3	☐	(FBS) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	40
4	☐	(BUN , Creatinine) ตรวจการทำงานของไต	100
5	☐	(SGOT , SGPT , Alk-phosphatase) ตรวจการทำงานของตับ	150
6	☐	(Uric Acid) ตรวจระดับกรดยูริกในเลือด	60
7	☐	(Hb Typing) ตรวจดูโรคทาลัสซีเมีย	300
8	☐	(Free T3 , Free T4 , TSH) ตรวจดูการทำงานของต่อมไทรอยด์	600
9	☐	(HbA 1C) ตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	250
10	☐	(Rubella IgG) ภูมิคุ้มกันโรคหัดเยอรมันสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์	250
11	☐	(Anti HIV) ตรวจดูภาวะโรคเอดส์	150
12	☐	(Anti HAV) ตรวจภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบเอ	500
13	☐	(HBsAg) ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAb) ตรวจหาภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี	300
14	☐	(Anti HCV) ตรวจดูการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบซี	350
15	☐	(Thin Prep) ตรวจภายในและตรวจหามะเร็งปากมดลูกชนิดพิเศษ	800
16	☐	(Pap-smear) ตรวจภายในและตรวจมะเร็งปากมดลูก บริการตรวจขั้นต่ำ 50 รายขึ้นไป แจกช่องคลอดอนามัยอย่างน้อย 2 สัปดาห์	200

ตรวจภาวะเสี่ยงโรคมะเร็ง

17	☐	(CA 125) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งรังไข่	600
18	☐	(CA 15-3) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	500
19	☐	(PSA) ตรวจดูสารบ่งชี้ความเสี่ยงโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	300
20	☐	(AFP) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ	270
21	☐	(CEA) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้	300
22	☐	(CA 19-9) ตรวจดูภาวะเสี่ยงมะเร็งตับอ่อนและท่อน้ำดี	600

รายการตรวจพิเศษ

23	☐	(EKG) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ บริการตรวจขั้นต่ำ 30 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	100
24*	☐	ตรวจวัดความหนาแน่นมวลกระดูก (สันหลัง และสะโพก) โดยรถบริการ สำหรับผู้ที่มีความประสงค์จะทำการตรวจ และไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โรงพยาบาลยินดีเสนอในอัตราพิเศษ บริการตรวจขั้นต่ำ 20 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	1,000
25*	☐	ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน (Ultrasound Upper Abdomen) บริการตรวจขั้นต่ำ 40-45 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	650
26*	☐	ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนล่าง (Ultrasound Lower Abdomen) บริการตรวจขั้นต่ำ 40-45 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	650
27*	☐	ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบนและส่วนล่าง (Ultrasound Whole Abdomen) บริการตรวจขั้นต่ำ 30-35 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	850
28*	☐	บริการฉีดวัคซีน Quadrivalent Influenza Vaccine เพื่อป้องกันไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์ใน 1 เข็ม คือ A (H1N1) , A (H3N2) B(Victoria) , B(Yamagata) บริการ ณ หน่วยงานในวันตรวจสุขภาพ	500
29*	☐	บริการตรวจ Mammogram + U/S เพื่อตรวจหาภาวะเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม กรณี มีผู้ประสงค์ตรวจ ท่านสามารถเข้ารับการตรวจได้ที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	2,200
30*	☐	บริการตรวจ-รักษาด้านพันธุกรรม ได้แก่ ชุดหีนปุ่น ชุดพัน ถอนพัน โดยทันตแพทย์ ตรวจและรักษา ณ หน่วยงาน วันละ 24 คน กรุณา กำหนดวันล่วงหน้า 2 เดือน สิทธิราชการและประกันสังคมเบิกได้ (ชำระส่วนต่าง)	ตามหัตถการ

**เงื่อนไข ลำดับที่ 24-29 กรุณาแจ้งจำนวนผู้ประสงค์จะตรวจ ก่อนล่วงหน้า 10 วัน (ประสานงานคุณ มณี โทร. 086-399-3832)

ลำดับที่ 30 กรุณาแจ้งจำนวนผู้ประสงค์จะตรวจ ก่อนล่วงหน้า 2 เดือน (ประสานงานคุณ ภาณุมาศ โทร. 095-624-6351)

☐ เบิกได้บาท

☐ เบิกไม่ได้บาท

ลงชื่อผู้รับการตรวจ

กลุ่มเบิกไม่ได้

แบบฟอร์มตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2560

สำหรับ กลุ่มพนักงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว / ลูกจ้างเหมา / ลูกจ้างพิเศษ

กรมประชาสัมพันธ์

[illegible]

() นาย () นาง () นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

แผนก / ฝ่าย เบอร์โทรติดต่อ.....

เพื่อสิทธิในการเบิก กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ○ ที่ต้องการ

สถานะสิทธิ์ : ☐ พนักงานราชการ ☐ ลูกจ้างชั่วคราว ☐ ลูกจ้างเหมา ☐ ลูกจ้างพิเศษ ☐ อื่นๆ.....

โปรแกรมตรวจสุขภาพ สำหรับ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

รวมอัตราเหมาจ่าย สำหรับ สถาปนกรร / สถาปสรตรี รกรร 260 บทร

โปรแกรมตรวจสอบภาพ สำหรับ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

รวมอัตราเหมาจ่าย สำหรับ สถาปนกรรช / สถาปสรตรี รกรร 700 บทร

1	☐	ตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-Ray) ระบบ Digital	**	บาท
2	☐	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	**	บาท
3	☐	ตรวจปัสสาวะ (Urine Examination)	**	บาท
4	☐	ตรวจอุจจาระ (Stool Examination Routine direct smear ร่วมกับ Occult blood)	**	บาท

1	☐	ตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-Ray) ระบบ Digital	**	บาท
2	☐	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	**	บาท
3	☐	ตรวจปัสสาวะ (Urine Examination)	**	บาท
4	☐	ตรวจอุจจาระ (Stool Examination Routine direct smear ร่วมกับ Occult blood)	**	บาท

5	☐	ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	**	บาท
6	☐	ตรวจการทำงานของไต (BUN , Creatinine)	**	บาท
7	☐	ตรวจการทำงานของตับ (SGOT , SGPT , Alk-phosphatase)	**	บาท
8	☐	ตรวจระดับไขมันในเลือด (Cholesterol , Triglyceride)	**	บาท
9	☐	ตรวจระดับไขมันดี-ไม่ดีในเลือด (HDL , LDL)	**	บาท
10	☐	ตรวจระดับกรดยูริกในเลือด (Uric Acid)	**	บาท

ตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูก (Pap-smear) 200 บาท กรุณาชำระเงินเพิ่ม โดยโรงพยาบาลยินดีบริการตรวจค่าผ่านทาง เพื่อตรวจหาก้อนเนื้อที่ผิดปกติ (Cyst) เพิ่มให้โดยไม่คิดมูลค่า บริการตรวจชิ้นต่ำ 50 รายขึ้นไป แจ่งที่อู่สงวนหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์
--

○	ตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูก (Pap-smear)	200 บาท
	กรุณาชำระเงินเพิ่ม โดยโรงพยาบาลยินดีบริการตรวจค่าผ่านทาง เพื่อตรวจหาก้อนเนื้อที่ผิดปกติ (Cyst) เพิ่มให้โดยไม่คิดมูลค่า บริการตรวจชิ้นเนื้อ 50 รายขึ้นไป แจกข้อส่วหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์	

หมายเหตุ :

1. โรงพยาบาลยินดีตรวจเปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการ (ค่า BMI) เพิ่มขึ้นโดยไม่คิดมูลค่า
2. โรงพยาบาลยินดีให้สมุดสุขภาพรายงานผลตรวจเป็นรายบุคคล พร้อมคำแนะนำการปฏิบัติตัว
3. โรงพยาบาลยินดีบริการน้ำดื่มสมุนไพรเพื่อสุขภาพ ท่านละ 1 ขวด ในวันตรวจสุขภาพประจำปี
4. กรณีตรวจไม่ครบทุกรายการ โรงพยาบาลของสงวนสิทธิ์เรียกเก็บตามราคาเหมาจ่าย

- กรุณาส่งเอกสารที่กรอกข้อมูลแล้วให้ผู้ประสานงาน ตรวจสอบสุขภาพประจำปีของหน่วยงานของท่าน เพื่อส่งคืนให้แก่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (อค์การมหาชน) ดำเนินการต่อไป หากท่านส่งเอกสารไม่ทัน กรุณาส่งในวันตรวจสุขภาพ ณ จุดลงทะเบียน

- สำหรับหน่วยงานที่ตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ในวันตรวจสุขภาพ กรุณาถือสมุดสุขภาพเล่มเดิมมา
ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ณ จุดลงทะเบียนด้วย เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับผลตรวจ และจะนำสมุดสัณในวันแจ้งผลพบแพทย์ ณ หน่วยงาน



โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

198 หมู่ 1 อ.บ้านแพ้ว-พระประโทน ต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร 74120

โทรศัพท์ 0-2591-9185 , 095-624-6351 โทรสาร 0-2591-9185 e-mail : bpmarketing2558@hotmail.com

รายการตรวจพิเศษ ชำระเงินเพิ่ม (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ○ หน้าหัวข้อที่ต้องการตรวจเพิ่ม)

ลำดับ		รายการตรวจพิเศษ	ราคา (บาท)
1	☐	(Cholesterol , Triglyceride) ตรวจระดับไขมันในเลือด	120
2	☐	(HDL , LDL) ตรวจระดับไขมันดีและไขมันไม่ดีในเลือด	100
3	☐	(FBS) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	40
4	☐	(BUN , Creatinine) ตรวจการทำงานของไต	100
5	☐	(SGOT , SGPT , Alk-phosphatase) ตรวจการทำงานของตับ	150
6	☐	(Uric Acid) ตรวจระดับกรดยูริกในเลือด	60
7	☐	(Hb Typing) ตรวจดูโรคทาลัสซีเมีย	300
8	☐	(Free T3 , Free T4 , TSH) ตรวจดูการทำงานของต่อมไทรอยด์	600
9	☐	(HbA 1C) ตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	250
10	☐	(Rubella IgG) ตรวจภูมิคุ้มกันโรคหัดเยอรมันสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์	250
11	☐	(Anti HIV) ตรวจดูภาวะโรคเอดส์	150
12	☐	(Anti HAV) ตรวจดูภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบเอ	500
13	☐	(HBsAg) ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAb) ตรวจหาภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี	300
14	☐	(Anti HCV) ตรวจดูการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบซี	350
15	☐	(Thin Prep) ตรวจภายในและตรวจหามะเร็งปากมดลูกชนิดพิเศษ	800
16	☐	(Pap-smear) ตรวจภายในและตรวจมะเร็งปากมดลูก บริการตรวจชิ้นต่ำ 50 รายขึ้นไป แจกช่องคลอดท่อน้ำอย่างน้อย 2 สัปดาห์	200

ตรวจภาวะเสี่ยงโรคมะเร็ง

17	☐	(CA 125) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งรังไข่	600
18	☐	(CA 15-3) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	500
19	☐	(PSA) ตรวจดูสารบ่งชี้ความเสี่ยงโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	300
20	☐	(AFP) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ	270
21	☐	(CEA) ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้	300
22	☐	(CA 19-9) ตรวจดูภาวะเสี่ยงมะเร็งตับอ่อนและท่อน้ำดี	600

รายการตรวจพิเศษ

23	☐	(EKG) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ บริการตรวจชิ้นต่ำ 30 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	100
24*	☐	ตรวจวัดความหนาแน่นมวลกระดูก (สันหลัง และสะโพก) โดยรถบริการ สำหรับผู้ที่มีความประสงค์จะทำการตรวจ และไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โรงพยาบาลยินดีเสนอในอัตราพิเศษ บริการตรวจชิ้นต่ำ 20 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	1,000
25*	☐	ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน (Ultrasound Upper Abdomen) บริการตรวจชิ้นต่ำ 40-45 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	650
26*	☐	ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนล่าง (Ultrasound Lower Abdomen) บริการตรวจชิ้นต่ำ 40-45 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	650
27*	☐	ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบนและส่วนล่าง (Ultrasound Whole Abdomen) บริการตรวจชิ้นต่ำ 30-35 ราย / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	850
28*	☐	บริการฉีดวัคซีน Quadrivalent Influenza Vaccine เพื่อป้องกันไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์ใน 1 เข็ม คือ A (H1N1) , A (H3N2) B(Victoria) , B(Yamagata) บริการ ณ หน่วยงานในวันตรวจสุขภาพ	500
29*	☐	บริการตรวจ Mammogram + U/S เพื่อตรวจหาภาวะเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม กรณี มีผู้ประสงค์ตรวจ ท่านสามารถเข้ารับการตรวจได้ที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	2,200
30*	☐	บริการตรวจ-รักษาด้านพันธุกรรม ได้แก่ ชุดหีนปุ่น ชุดพัน ถอนพัน โดยทันตแพทย์ ตรวจและรักษา ณ หน่วยงาน วันละ 24 คน กรุณา กำหนดวันล่วงหน้า 2 เดือน สิทธิราชการและประกันสังคมเบิกได้ (ชำระส่วนต่าง)	ตามหัตถการ

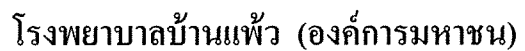
**เงื่อนไข ลำดับที่ 24-29 กรุณาแจ้งจำนวนผู้ประสงค์จะตรวจ ก่อนล่วงหน้า 10 วัน (ประสานงานคุณ มณี โทร. 086-399-3832)

ลำดับที่ 30 กรุณาแจ้งจำนวนผู้ประสงค์จะตรวจ ก่อนล่วงหน้า 2 เดือน (ประสานงานคุณ ภาณุมาศ โทร. 095-624-6351)

☐ เบิกได้บาท

☐ เบิกไม่ได้บาท

ลงชื่อผู้รับการตรวจ



แบบฟอร์มแจ้งความจำนง ตรวจสอบบริการด้านอื่นๆ เคลื่อนที่ ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสอบสภาพประจำปี

ของ หน่วยงาน

กรรณเขียนชื่อ-นามสกุล ด้วยตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการตรวจเพิ่มเติม

[illegible]

ขอเชิญตรวจสุขภาพประจำปีกับโรงพยาบาลบ้านแพ้วฯ

ณ กรมประชาสัมพันธ์ ซ.อารีย์สัมพันธ์

วันพฤหัสบดีที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๗.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.

ขั้นตอนการตรวจสุขภาพ

๑. ลงทะเบียน (รับชุดตรวจ+อุปกรณ์สำหรับการตรวจสุขภาพ)
๒. ชำระค่าตรวจ (กรณีตรวจพิเศษเพิ่มเติม)
๓. ชั่งน้ำหนัก - วัดส่วนสูง
๔. วัดความดันโลหิต
๕. เจาะเลือด
๖. ตรวจมวลกระดูก (ในรายที่ตรวจเพิ่ม)
๗. ตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า (ในรายที่ตรวจเพิ่ม)
๘. สมัครโครงการเบิกจ่ายตรง
๙. เอกซเรย์ทรวงอก ที่รณ x-ray เคลื่อนที่

- หมายเหตุ
๑. ผู้บริการที่ไม่มีบัตรเบิกจ่ายตรง จะต้องสำรองจ่ายก่อนแล้วนำไปเสร็จรับเงินไปเบิกเงินคืนได้ กรณีต้องการสมัครเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงกรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ในวันดังกล่าว เอกสารที่ใช้ ได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. กรุณานำสมุดบันทึกการตรวจสุขภาพและบัตรจ่ายตรงมาด้วยทุกครั้ง
 ๓. กรุณางดอาหารและเครื่องดื่ม ก่อนมารับบริการเจาะเลือด อย่างน้อย ๑๐ - ๑๒ ชั่วโมง