



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานเลขาธิการกรม ฝ่ายประชาสัมพันธ์และสวัสดิการ โทร ๐ ๒๖๑๘ ๒๓๒๓ ต่อ ๑๘๒๒-๓

ที่ นร ๐๒๐๑.๐๓/ ๖๒๓๐๑

วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความร่วมมือกรอกแบบตรวจสอบภาพประจำปีกับโรงพยาบาลบ้านแพ้วฯ

เรียน ผู้อำนวยการสำนัก/ผชช./ผอ.กอง และหัวหน้าหน่วยงาน (ส่วนกลาง)

ด้วยโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จะมาดำเนินการตรวจสอบภาพประจำปีให้แก่บุคลากรกรมประชาสัมพันธ์(ส่วนกลาง) ในวันอังคารที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๗ เวลา ๐๗.๐๐ -๑๐.๓๐ น. ณ บริเวณชั้น ๑ อาคารกรมประชาสัมพันธ์

ในการนี้ เพื่อความสะดวกแก่การให้บริการตรวจสอบภาพประจำปี จึงขอให้ผู้รับบริการตรวจสอบภาพประจำปีดำเนินการ ดังนี้

- ผู้สนใจรับบริการต้องกรอกแบบฟอร์มตรวจสอบภาพประจำปีให้ถูกต้อง ครบถ้วน
- ผู้รับบริการที่ต้องการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, ตรวจมวลกระดูก และ/หรือตรวจมะเร็งปากมดลูก ให้ลงทะเบียนในแบบสำรวจความต้องการตรวจเพิ่มเติม
- ผู้รับบริการที่มีสมุดบันทึกการตรวจสุขภาพแล้วให้นำมาให้เจ้าหน้าที่ในวันตรวจด้วย
- นำตลับใส่อุจจาระนำส่งแก่เจ้าหน้าที่ในวันรับบริการ (๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๗)
- ส่งเอกสารลำดับ ๑ - ๓ มาที่ ฝ่ายประชาสัมพันธ์และสวัสดิการ ชั้น ๘ เพื่อจะได้รวบรวมข้อมูลส่งต่อโรงพยาบาลบ้านแพ้วดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และกรุณาประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบต่อไป และจัดส่งแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้ให้ฝ่ายประชาสัมพันธ์และสวัสดิการ ภายในวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๕๗ จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นายเสมอ นิมเงิน)

ลกน.



สำหรับ กรมประชาสัมพันธ์

ID บัตรประชาชน

□□□□□□□□□□□□□□□□

วันเดือนปีเกิด.....

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

เบอร์ติดต่อ.....เพื่อสิทธิในการเบิก กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง [ ] ที่ต้องการ สิทธิเบิกจากราชการ [ ] ได้ [ ] ไม่ได้

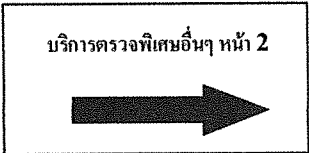
สถานะสิทธิ : [ ]ข้าราชการ [ ]ลูกจ้างประจำ [ ]ข้าราชการบำนาญ [ ]อื่นๆ.....

Table with 2 main columns: 'โปรแกรมตรวจสำหรับกลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี' and 'โปรแกรมตรวจสำหรับกลุ่มอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป'. Each column lists medical tests and their costs. The second column includes additional tests for older patients.

\*\*กรุณาส่งเอกสารที่กรอกข้อมูลแล้วให้ทางหน่วยงานของท่านฝ่ายผู้ประสานงาน ตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อส่งคืนให้แก่\*\*

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน)และสาขา เพื่อดำเนินการต่อไป หากท่านส่งเอกสารไม่ทัน กรุณาส่งในวันตรวจสุขภาพจุดลงทะเบียน

\*\*สำหรับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆที่ตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน)กรุณาถือสมุดสุขภาพเล่มเดิมมา\*\*  
ให้เจ้าหน้าที่ทางโรงพยาบาล ณ จุดลงทะเบียนด้วย เพื่อจะนำไปเปรียบเทียบกับ ผลตรวจและนำสมุดส่งคืนในวันบอกผลพบแพทย์ ณ หน่วยงาน



## ประวัติส่วนตัว

1) โรคประจำตัว (Have on going disease)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	โรค .....
2) สูบบุหรี่ (Smoking)	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ	จำนวนครั้ง .....
3) ดื่มสุรา เบียร์ (Alcoholic drinking)	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่ม	จำนวนต่อครั้ง .....
4) ออกกำลังกาย (Exercise)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ระบุ .....
5) แพ้ยา,อาหาร,อากาศ (Have allergy to drug,food)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ระบุ .....
6) การผ่าตัด (Surgery)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	ระบุ .....

## ประวัติครอบครัว

1) โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องกับ .....
2) โรคความดันโลหิตสูง (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องกับ .....
3) โรคไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องกับ .....
4) โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องกับ .....
5) โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องกับ .....
6) โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (Coronary artery disease)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องกับ .....
7) โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องกับ .....
8) โรคมะเร็ง (Cancer)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องกับ .....
9) โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องกับ .....
10) อื่นๆ ระบุ .....		

## รายการตรวจพิเศษ ชำระเงินเพิ่ม ( กรุณาใส่เครื่องหมาย p หน้าหัวข้อที่ต้องการตรวจเพิ่ม )

ลำดับ	รายการตรวจพิเศษ	ราคา/บาท	ลำดับ	รายการตรวจพิเศษ	ราคา/บาท
1	<input type="checkbox"/> Cholesterol และ Triglyceride ตรวจระดับไขมันในเลือด	120 บาท	23	<input type="checkbox"/> EKG ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	100 บาท
2	<input type="checkbox"/> HDL , LDL ตรวจหาไขมันดีและไขมันไม่ดีในเลือด	100 บาท	24*	<input type="checkbox"/> ตรวจวัดความหนาแน่นมวลกระดูก (สันหลัง และสะโพก) โดยรบริกร สำหรับผู้ที่มีความประสงค์จะทำการตรวจ และไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โรงพยาบาลอินดิสมอนในอัตราพิเศษ บริการตรวจ > 20 คน / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	1,000 บาท
3	<input type="checkbox"/> (FBS) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	40 บาท			
4	<input type="checkbox"/> (BUN , Creatinine) ตรวจการทำงานของไต	100 บาท			
5	<input type="checkbox"/> (SGOT , SGPT , Alk-phosphatase) ตรวจการทำงานของตับ	150 บาท			
6	<input type="checkbox"/> (Uric Acid) ตรวจระดับกรดยูริกในเลือด	60 บาท	25*	<input type="checkbox"/> ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน	650 บาท
7	<input type="checkbox"/> Hb.Typing ตรวจดูโรคทาลัสซีเมีย	300 บาท	26*	<input type="checkbox"/> ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนล่าง	650 บาท
8	<input type="checkbox"/> Free T3 , Free T4 , TSH ตรวจดูการทำงานของต่อมไทรอยด์	600 บาท			
9	<input type="checkbox"/> (HbA 1C) ตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	250 บาท			
10	<input type="checkbox"/> Rubella IgG ภูมิคุ้มกันโรคหัดเยอรมันสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์	250 บาท	27*	<input type="checkbox"/> ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน และส่วนล่าง	850 บาท
11	<input type="checkbox"/> Anti HIV ตรวจดูภาวะโรคเอดส์	150 บาท	28*	<input type="checkbox"/> บริการฉีดวัคซีน Intanza Original ของ Sanofi , ฝรั่งเศส เพื่อป้องกันไข้หวัด 3 สายพันธุ์ใน 1 เข็ม คือ ไข้หวัด 2009 (H1N1) ไข้หวัดหมู (H3N2) และไข้หวัดตามฤดูกาล	ราคาพิเศษ
12	<input type="checkbox"/> Anti HAV ตรวจดูภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี	500 บาท			
13	<input type="checkbox"/> HBsAg ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	300 บาท			
14	<input type="checkbox"/> HBsAb ตรวจหาภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี	350 บาท			
15	<input type="checkbox"/> Anti HCV ตรวจดูการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	350 บาท	29*	<input type="checkbox"/> บริการตรวจ Mammogram + U/S เพื่อตรวจหาภาวะเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม	1,700 บาท
16	<input type="checkbox"/> Thin Prep ตรวจหามะเร็งปากมดลูก , ตรวจภายในสตรี	800 บาท			
<b>ตรวจภาวะเสี่ยงโรคมะเร็ง</b>					
17	<input type="checkbox"/> CA 125 ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งรังไข่	600 บาท	30*	<input type="checkbox"/> บริการตรวจ-รักษาด้านทันตกรรม ได้แก่ ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน โดยทันตแพทย์ ตรวจและรักษา ณ หน่วยงาน วันละ 25 คน	ตามหัตถการ
18	<input type="checkbox"/> CA 15-3 ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	500 บาท			
19	<input type="checkbox"/> PSA ตรวจดูสารบ่งชี้ความเสี่ยงโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	300 บาท			
20	<input type="checkbox"/> AFP ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ	270 บาท			
21	<input type="checkbox"/> CEA ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้	300 บาท			
22	<input type="checkbox"/> CA 19-9 ตรวจดูภาวะเสี่ยงมะเร็งตับอ่อนและท่อน้ำดี	600 บาท			
				กรณีนี มีผู้ประสงค์ตรวจ > 10 ท่าน โรงพยาบาลอินดิสมอนรับ-ส่ง เพื่อตรวจที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (พร้อมมิตร) สุขุมวิท	
				บริการตรวจ-รักษา ณ หน่วยงาน วันละ 25 คน	
				กรุณา กำหนดวันล่วงหน้า 2 เดือน	
				สิทธิราชการ และประกันสังคมเบิกได้ (ชำระส่วนเกิน)	

\*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)

- เบิกได้ .....

- เบิกไม่ได้ .....

ลงชื่อผู้รับการตรวจ .....



ใบตรวจสอบสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2558

กลุ่มที่เบิกไม่ได้

สำหรับกลุ่มพนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว/ลูกจ้างเหมา/ลูกจ้างพิเศษ

กรมประชาสัมพันธ์

เพื่อสิทธิในการเบิก กรุณาเขียนตัวบรรจง และใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ต้องการ

( ) นาย ( ) นาง ( ) นางสาว .....นามสกุล.....แผนก/ฝ่าย.....

วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี ID บัตรประชาชน

พนักงานราชการ  ลูกจ้างชั่วคราว  ลูกจ้างเหมา  ลูกจ้างพิเศษ อื่นๆ.....

สำหรับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี				สำหรับผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป			
รวมอัตราเหมาจ่ายสำหรับสุขภาพบุรุษและสุขภาพสตรี ราคา 260 บาท				รวมอัตราเหมาจ่ายสำหรับสุขภาพบุรุษและสุขภาพสตรี ราคา 600 บาท			
1	<input type="checkbox"/>	Chest X-Ray แบบปกติ และหรือระบบ Digital	** บาท	1	<input type="checkbox"/>	Chest X-Ray แบบปกติ และหรือระบบ Digital	** บาท
2	<input type="checkbox"/>	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	** บาท	2	<input type="checkbox"/>	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	** บาท
3	<input type="checkbox"/>	ตรวจปัสสาวะ (Urine Examination)	** บาท	3	<input type="checkbox"/>	ตรวจปัสสาวะ (Urine Examination)	** บาท
4	<input type="checkbox"/>	ตรวจอุจจาระ(Stool Examination Routine direct smear ร่วมกับ Occult blood)	** บาท	4	<input type="checkbox"/>	ตรวจอุจจาระ(Stool Examination Routine direct smear ร่วมกับ Occult blood)	** บาท
*5	<input type="checkbox"/>	ตรวจมะเร็งปากมดลูก( Pap-smear )	- บาท	*5	<input type="checkbox"/>	ตรวจมะเร็งปากมดลูก( Pap-smear )	- บาท
				6	<input type="checkbox"/>	ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	** บาท
				7	<input type="checkbox"/>	ตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine)	** บาท
				8	<input type="checkbox"/>	ตรวจการทำงานของตับ(SGOT,SGPT, Alk-phosphatase)	** บาท
				9	<input type="checkbox"/>	ตรวจไขมันในเลือด (Cholesterol, Triglyceride)	** บาท
				10	<input type="checkbox"/>	ตรวจระดับกรดยูริกในเลือด (Uric Acid)	** บาท

หมายเหตุ :

- ลำดับที่ 5 สุขภาพสตรีที่ประสงค์ตรวจมะเร็งปากมดลูก โปรดแจ้งความจำนงและชำระเงินให้แก่ รพ. 200 บาท พร้อมรับใบเสร็จ ในวันตรวจ
- โรงพยาบาลยินดีตรวจเต้านมเพื่อตรวจหาก้อนเนื้อผิดปกติเพิ่มให้โดยไม่คิดมูลค่า ( ต้องตรวจร่วมกับรายการตรวจลำดับที่ 5)
- โรงพยาบาลยินดีตรวจเปรียบเทียบภาวะโภชนาการ(ค่าBMI ) เพิ่มให้โดยไม่คิดมูลค่า
- โรงพยาบาลยินดีให้สมุดสุขภาพรายงานผลตรวจเป็นรายบุคคล พร้อมคำแนะนำการปฏิบัติตัว
- โรงพยาบาลยินดีบริการน้ำดื่มสมุนไพรเพื่อสุขภาพ ท่านละ 1 ขวด ในวันตรวจสุขภาพประจำปี

\*\*กรุณาส่งเอกสารที่กรอกข้อมูลแล้วให้ทางหน่วยงานของท่านฝ่ายผู้ประสานงาน ตรวจสอบสุขภาพประจำปี เพื่อส่งคืนให้แก่\*\*

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน)และสาขา เพื่อดำเนินการต่อไป หากท่านส่งเอกสารไม่ทัน กรุณาส่งในวันตรวจสุขภาพจุดลงทะเบียน

\*\*สำหรับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆที่ตรวจสอบสุขภาพอย่างต่อเนื่องกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน)กรุณาถือสมุดสุขภาพเล่มเดิมมา\*\*  
ให้เจ้าหน้าที่ทางโรงพยาบาล ณ จุดลงทะเบียนด้วย เพื่อจะนำไปเปรียบเทียบ ลงผลตรวจและนำสมุดส่งคืนในวันบอกผลพบแพทย์ ณ หน่วยงาน

บริการตรวจพิเศษอื่นๆ หน้า 2



## ประวัติส่วนตัว

1) โรคประจำตัว (Have on going disease)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	โรค .....
2) สูบบุหรี่ (Smoking)	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ	จำนวนครั้ง .....
3) ดื่มสุรา เบียร์ (Alcoholic drinking)	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่ม	จำนวนต่อครั้ง .....
4) ออกกำลังกาย (Exercise)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ระบุ .....
5) แพ้ยา,อาหาร,อากาศ (Have allergy to drug,food)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	ระบุ .....
6) การผ่าตัด (Surgery)	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	ระบุ .....

## ประวัติครอบครัว

1) โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องเป็น .....
2) โรคความดันโลหิตสูง (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องเป็น .....
3) โรคไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องเป็น .....
4) โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องเป็น .....
5) โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องเป็น .....
6) โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ (Coronary artery disease)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องเป็น .....
7) โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องเป็น .....
8) โรคมะเร็ง (Cancer)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องเป็น .....
9) โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	เกี่ยวข้องเป็น .....
10) อื่นๆ ระบุ .....		

## รายการตรวจพิเศษ ชำระเงินเพิ่ม ( กรุณาใส่เครื่องหมาย p หน้าหัวข้อที่ต้องการตรวจเพิ่ม )

ลำดับ	รายการตรวจพิเศษ	ราคา/บาท	ลำดับ	รายการตรวจพิเศษ	ราคา/บาท
1	<input type="checkbox"/> Cholesterol และ Triglyceride ตรวจระดับไขมันในเลือด	120 บาท	23	<input type="checkbox"/> EKG ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	100 บาท
2	<input type="checkbox"/> HDL , LDL ตรวจหาไขมันดีและไขมันไม่ดีในเลือด	100 บาท	24*	<input type="checkbox"/> ตรวจวัดความหนาแน่นมวลกระดูก (สันหลัง และสะโพก) โดยรบริกร สำหรับผู้ที่มีความประสงค์จะทำการตรวจ และไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โรงพยาบาลอินดิเซนอในอัตราพิเศษ บริการตรวจ > 20 คน / วัน ณ หน่วยงาน ในวันตรวจสุขภาพ	1,000 บาท
3	<input type="checkbox"/> (FBS) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	40 บาท			
4	<input type="checkbox"/> (BUN , Creatinine) ตรวจการทำงานของไต	100 บาท			
5	<input type="checkbox"/> (SGOT , SGPT , Alk-phosphatase) ตรวจการทำงานของตับ	150 บาท			
6	<input type="checkbox"/> (Uric Acid) ตรวจระดับกรดยูริกในเลือด	60 บาท			
7	<input type="checkbox"/> Hb.Typing ตรวจดูโรคทาลัสซีเมีย	300 บาท	25*	<input type="checkbox"/> ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน	650 บาท
8	<input type="checkbox"/> Free T3 , Free T4 , TSH ตรวจดูการทำงานของต่อมไทรอยด์	600 บาท	26*	<input type="checkbox"/> ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนล่าง	650 บาท
9	<input type="checkbox"/> (HbA 1C) ตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	250 บาท			
10	<input type="checkbox"/> Rubella IgG ดูภูมิคุ้มกันโรคหัดเยอรมันสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์	250 บาท	27*	<input type="checkbox"/> ตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน และส่วนล่าง	850 บาท
11	<input type="checkbox"/> Anti HIV ตรวจดูภาวะโรคเอดส์	150 บาท	28*	<input type="checkbox"/> บริการฉีดวัคซีน Intanza Original ของ Sanofi , ฝรั่งเศส เพื่อป้องกันไข้หวัด 3 สายพันธุ์ใน 1 เข็ม คือ ไข้หวัด 2009 (H1N1) ไข้หวัดหมู (H3N2) และไข้หวัดตามฤดูกาล บริการ ณ หน่วยงานในวันตรวจสุขภาพ	ราคาพิเศษ
12	<input type="checkbox"/> Anti HAV ตรวจดูภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี	500 บาท			
13	<input type="checkbox"/> HBsAg ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	300 บาท			
14	<input type="checkbox"/> Anti HCV ตรวจดูการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี	350 บาท			
15	<input type="checkbox"/> Thin Prep ตรวจหามะเร็งปากมดลูกชนิดพิเศษ	800 บาท	29*	<input type="checkbox"/> บริการตรวจ Mammogram + U/S เพื่อตรวจหาภาวะเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม กรณี มีผู้ประสงค์ตรวจ > 10 ท่าน โรงพยาบาลอินดิเซนอรับ-ส่ง เพื่อตรวจที่โรงพยาบาลบ้านแห้ว (พร้อมมิตร) สุขุมวิท	1,700 บาท
16	<input type="checkbox"/> Pap-smear ตรวจมะเร็งปากมดลูก , ตรวจภายในสตรี	200 บาท			
<b>ตรวจภาวะเสี่ยงโรคมะเร็ง</b>					
17	<input type="checkbox"/> CA 125 ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งรังไข่	600 บาท	30*	<input type="checkbox"/> บริการตรวจ-รักษาด้านทันตกรรม ได้แก่ ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน โดยทันตแพทย์ ตรวจและรักษา ณ หน่วยงาน วันละ 25 คน กรุณา กำหนดวันล่วงหน้า 2 เดือน สิทธิราชการ และประกันสังคมเบิกได้ (ชำระส่วนเกิน)	ตามหัตถการ
18	<input type="checkbox"/> CA 15-3 ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	500 บาท			
19	<input type="checkbox"/> PSA ตรวจดูสารบ่งชี้ความเสี่ยงโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	300 บาท			
20	<input type="checkbox"/> AFP ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ	270 บาท			
21	<input type="checkbox"/> CEA ตรวจดูภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้	300 บาท			
22	<input type="checkbox"/> CA 19-9 ตรวจดูภาวะเสี่ยงมะเร็งตับอ่อนและท่อน้ำดี	600 บาท			

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

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

- เบิกได้ .....

- เบิกไม่ได้ .....

ลงชื่อผู้รับการตรวจ .....



# ขอเชิญเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีกับ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

## ณ กรมประชาสัมพันธ์ ช.อารีย์สัมพันธ์

**วันอังคารที่ 16 ธันวาคม 2557 เวลา 07.00-10.30 น.**

### ขั้นตอนการตรวจสุขภาพ

1. ลงทะเบียน (รับชุดตรวจ+อุปกรณ์สำหรับการตรวจสุขภาพ)
2. ชำระค่าตรวจ (กรณีตรวจพิเศษเพิ่มเติม)
3. ชั่งน้ำหนัก - วัดส่วนสูง
4. วัดความดันโลหิต
5. เจาะเลือด
6. ตรวจมวลกระดูก (ในรายที่ตรวจเพิ่ม)
7. ตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า (ในรายที่ตรวจเพิ่ม)
8. สัมผัสโครงการเบิกจ่ายตรง
9. เอกซเรย์ทรวงอก ที่รถ x-ray เคลื่อนที่

### หมายเหตุ

1. ผู้รับบริการที่ไม่มีบัตรเบิกจ่ายตรง จะต้องสำรองจ่ายก่อนแล้วนำไปเบิกเงินคืนได้ กรณีต้องการสมัครเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรง กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ในวันดังกล่าว เอกสารที่ใช้ ได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ จำนวน 1 ฉบับ
2. กรุณานำสมุดบันทึกการตรวจสุขภาพและบัตรเบิกจ่ายตรงมาด้วยทุกครั้ง
3. กรุณางดอาหารและเครื่องดื่ม ก่อนมารับบริการเจาะเลือด อย่างน้อย 10 - 12 ชั่วโมง

# ขอเชิญเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีกับ

## โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

### ณ สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย

**วันพุธที่ 17 ธันวาคม 2557 เวลา 07.00-10.30 น.**

#### ขั้นตอนการตรวจสุขภาพ

1. ลงทะเบียน (รับชุดตรวจ+อุปกรณ์สำหรับการตรวจสุขภาพ)
2. ชำระค่าตรวจ (กรณีตรวจพิเศษเพิ่มเติม)
3. ชั่งน้ำหนัก - วัดส่วนสูง
4. วัดความดันโลหิต
5. เจาะเลือด
6. ตรวจมวลกระดูก (ในรายชื่อตรวจเพิ่ม)
7. ตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า (ในรายชื่อตรวจเพิ่ม)
8. สัมผัสโครงการเบิกจ่ายตรง
9. เอกซเรย์ทรวงอก ที่รถ x-ray เคลื่อนที่

#### หมายเหตุ

1. ผู้รับบริการที่ไม่มีบัตรเบิกจ่ายตรง จะต้องสำรองจ่ายก่อนแล้วนำไปเบิกเงินคืนได้ กรณีต้องการสมัครเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรง กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ในวันดังกล่าว เอกสารที่ใช้ ได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ จำนวน 1 ฉบับ
2. กรุณานำสมุดบันทึกการตรวจสุขภาพและบัตรเบิกจ่ายตรงมาด้วยทุกครั้ง
3. กรุณางดอาหารและเครื่องดื่ม ก่อนมารับบริการเจาะเลือด อย่างน้อย 10 - 12 ชั่วโมง