



## แบบฟอร์มรายงาน

ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายสูงเกินปกติ ( มากกว่า 600,000 บาท )

.....

หอผู้ป่วย.....

HN..... AN .....

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.).....

วันที่เริ่มนอนโรงพยาบาล..... วันที่รายงาน.....

วินิจฉัย.....

.....

.....

หัตถการ.....

.....

.....

.....

.....

ยอดเงินทั้งหมด ..... บาท

ลงนาม.....

ลงนาม.....

(.....)

(.....)

แพทย์เจ้าของไข้

หัวหน้าหอผู้ป่วย

ลงนาม.....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน / PCT