

แบบส่งผู้ป่วยปรึกษาฝ่ายสวัสดิการสังคม เรื่องการใช้ยาที่คณะกรรมการ PTC มีข้อกำหนด

วันที่ .....

ชื่อผู้ป่วย ..... HN ..... อายุ ..... ปี

สิทธิการรักษา ..... กองทุน .....

กรณี  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย.....

มีความจำเป็นต้องใช้ยาที่คณะกรรมการ PTC มีมติไม่ให้อายฟรี

ชื่อยา .....

จำนวน.....

ราคา / หน่วย .....

ราคารวม .....

..... เภสัชกร  
(.....)

เหตุผลความจำเป็น / ระยะเวลาการใช้

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

..... แพทย์ผู้สั่งยา  
(.....)

ข้อมูล / รายละเอียด / ความจำเป็นของผู้ป่วย

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

..... นักสังคมสงเคราะห์  
(.....)