



โรงพยาบาล
จุฬามรณ

54 ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210 โทรศัพท์ 0-2576-6000
54 Kamphaeng Phet Road 6, Taladbangkhen, Laksi, Bangkok 10210, THAILAND, Phone: 66 2 576-6000

แบบฟอร์มขอสิทธิการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน แพทย์ผู้เกี่ยวข้องโรงพยาบาล.....

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น.....เมื่อ.....

ได้เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬามรณ และมีแผนการรักษาต่อไปนี้

- ☐ การฉายรังสีต่อเนื่องทุกวัน ประมาณ.....ครั้ง
- ☐ ให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี
- ☐ การใส่แร่ ทั้งหมด.....ครั้ง
- ☐ จำลองการรักษา/ จำลองการรักษาด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

เนื่องจากผู้ป่วยมีสิทธิ.....สังกัด.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาให้การรักษาต่อไป ในกรณีที่ต้องการส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬามรณ กรุณาระบุรายละเอียดในใบส่งตัว ดังนี้

1. ระบุชื่อโรคพร้อมผลพยาธิวิทยา
2. ระบุช่วงเวลาการใช้สิทธิการรักษา
3. ประทับตราพร้อมลายเซ็นจากโรงพยาบาลต้นสังกัด

ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)