



คู่มือการปฏิบัติงาน ขั้นตอนการขอใช้สิทธิเงินเชื่อคำรักษา พยาบาลโครงการวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โดยความร่วมมือระหว่าง กลุ่มศูนย์นวัตกรรมและคู่มือความร่วมมือและฝ่ายการคลัง
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

จัดทำโดย

คุณพรทิพย์ จาดขำ

(พยาบาลวิจัย ศูนย์วิจัยคลินิก รามาธิบดี)

คุณเกศราภรณ์ ศรีทุมมา

(นักวิชาการเงินและบัญชี งานสนับสนุนนวัตกรรม)

คุณปิยนุช ศักดิ์ดี

(หัวหน้างานบัญชี ฝ่ายการคลัง)

VERSION 2.0

DATE 15 NOV 2024



Email: ramacc@mahidol.ac.th Tel. 02-2011638

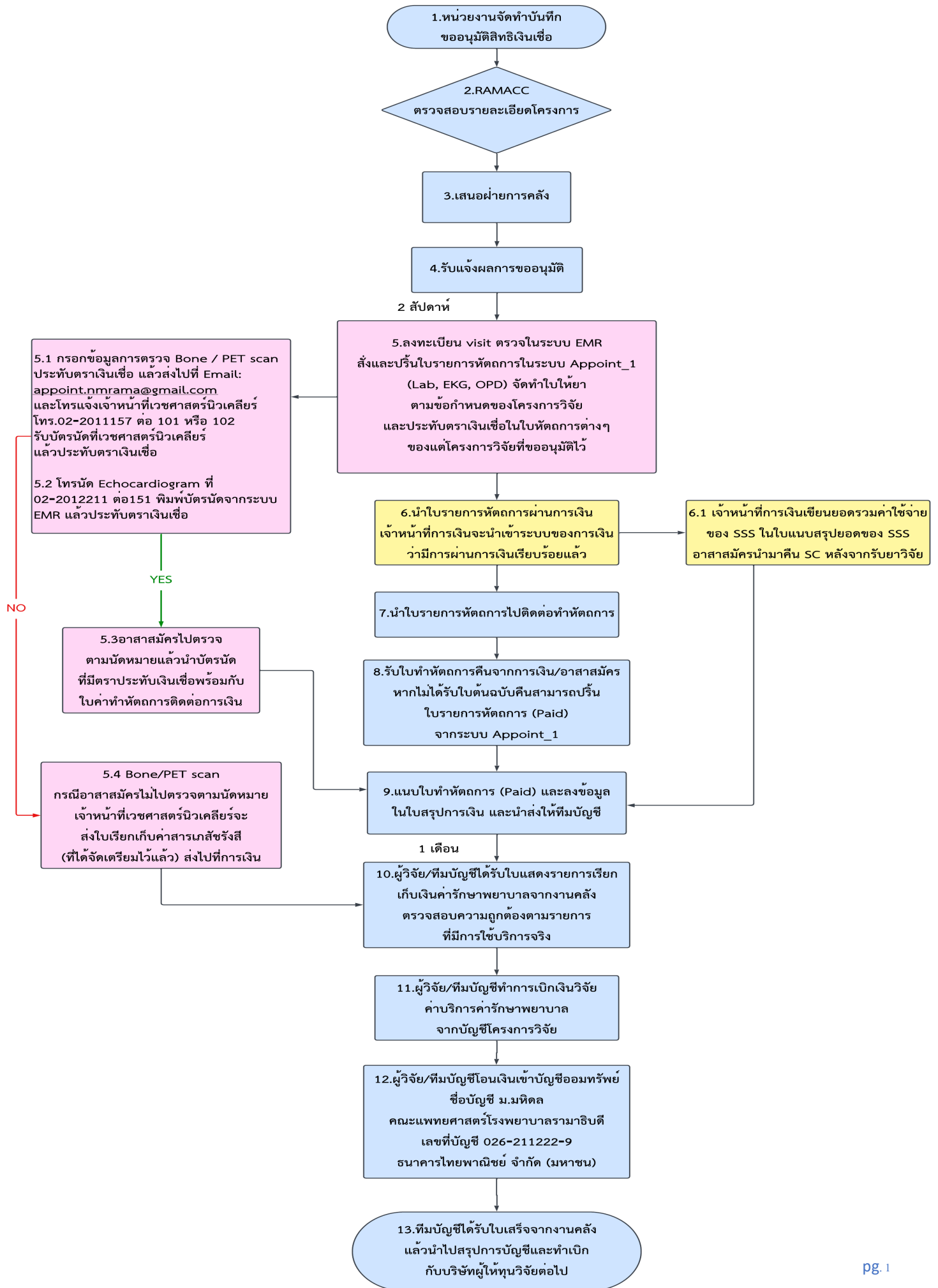
Website RAMACC:

<https://www.rama.mahidol.ac.th/research/crc/>

ฝ่ายการคลัง 02 201 2179 ต่อ 122



คู่มือการใช้งานขั้นตอนการขอใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาลโครงการวิจัย



ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ตามรูปหมายเลข 1 ผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความเพื่อขออนุมัติการใช้สิทธิเงินเชื่อคำรักษาพยาบาลโครงการวิจัย นำส่งที่ธุรการฝ่ายการคลัง
ชั้น 3 อาคารบริหาร (ผู้ประสานงาน คุณกิตติยา โทร.02-2012179 ต่อ 126)

(สามารถ Download แบบฟอร์มได้ที่ [แบบฟอร์มขออนุมัติเงินเชื่อ](#))

		หน่วย.....
		สังกัด.....
		โทร.....โทรสาร.....
ที่		
วันที่		
เรื่อง ขออนุมัติใช้สิทธิเงินเชื่อคำรักษาพยาบาลทุกรายการที่ให้บริการในแผนกต่าง ๆ ของโครงการวิจัย		
เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง		
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.สำเนาเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน (EC/CREC) จำนวน 1 ฉบับ		
ตามที่ ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง หัวหน้าโครงการ หน่วย..... สังกัด..... ได้รับทุน		
สนับสนุนทุนวิจัยจากบริษัท..... ขออนุมัติการใช้สิทธิเงินเชื่อคำรักษาพยาบาลโครงการวิจัยเรื่อง		
"....." Protocol No., IO		
R310..... ระยะเวลา.....ปี ตั้งแต่.....งบประมาณโครงการวิจัยทั้งสิ้น บาท ซึ่ง		
โครงการวิจัยดังกล่าวมีการทำข้อตกลงกับมหาวิทยาลัย ลงวันที่.....เรียบร้อยแล้ว		
ในการนี้ ข้าพเจ้า..... ซึ่งมีความประสงค์จะขออนุมัติใช้สิทธิเงินเชื่อคำรักษาพยาบาล ให้กับอาสาสมัคร/		
ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว โดยขอใช้บริการเงินเชื่อทุกรายการในแผนกต่าง ๆ ได้แก่ ห้องเจาะเลือด, IMAC, หน่วยบำบัดระยะสั้น		
(SSS), ห้องทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG), ห้อง ECHO, รังสีรักษา, Admission, ห้องเป่าปอด, ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา (ค่าตรวจวินิจฉัยทาง		
เทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา), ห้องทำ bronchoscopy, เวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Bone scan & PET scan), Intervention (fresh		
biopsy), แผนก X-Ray, ห้องยา และแผนกอื่น ๆ ที่อาสาสมัคร/ผู้ป่วย เข้าใช้บริการโดยใช้สิทธิโครงการวิจัย		
โดยหน่วยงานฯ จะแนบสำเนานบันทึกได้รับอนุมัติเงินเชื่อ และพิมพ์ตราประทับบนใบคำรักษาพยาบาลระบุดังนี้		
 โครงการวิจัย: รหัส IO: R310.....		
ซึ่งเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จะเป็นพระคุณยิ่ง		
(.....)		
หัวหน้าโครงการวิจัย		
เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง		
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ		
(.....)		
หัวหน้าภาควิชา.....		
ผู้ประสานงาน:		

นุชเรณู ฤทธิธรรม ฝึกฝนภาพ ร่วมสัณฐานถึง ผิดนอกกรอบ รับผิดชอบด้วย

ภาพที่ 1 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 1 บันทึกข้อความขออนุมัติใช้สิทธิเงินเชื่อคำรักษาพยาบาลโครงการวิจัย

ข้อปฏิบัติในการจัดทำตราปั๊ม

1. โครงการวิจัยต้องจัดทำตราปั๊ม จำนวน 1 อันต่อ 1 โครงการวิจัย (ไม่เขียนด้วยมือเพื่อลดการผิดพลาดในการเรียกเก็บค่าบริการ)
2. รายละเอียดที่ต้องอยู่ในตราปั๊ม ประกอบด้วย
 - 2.1 ชื่อ (โลโก้) ของหน่วยงานหรือชื่อหน่วยงาน ที่จะต้องไปเก็บเงิน เช่น RAMACC, มะเร็งวิทยา-อายุรศาสตร์ เป็นต้น
 - 2.2 ชื่อโครงการวิจัย xxxxxx แบบย่อ (เช่น XL092-304)
 - 2.3 รหัส IO: R310xxxx เป็นรหัสที่ได้รับแจ้งจากคณะกรรมการพิจารณางบประมาณการวิจัยในคน (เช่น R31067494)
3. ขนาดตราปั๊ม กว้าง x ยาว 2.5 x 7 ซม.

(๕๖๕)

ด่วนที่สุด

ที่ อว 78.0617/2124
วันที่ 18 มิถุนายน 2567

เรื่อง ขออนุมัติใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาลทุกรายการที่ใช้บริการในแผนกต่าง ๆ ของโครงการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง ผ่านรองคณบดีฝ่ายนวัตกรรมการเรียนรู้และความร่วมมือ

ตามที่ หน่วยวิจัยทางคลินิก งานสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนทุนวิจัยจากบริษัทภาคเอกชน โดยหน่วยงานฯ ขออนุมัติการใช้สิทธิเงินเชื่อค่า

หน่วยวิจัยทางคลินิก
งานสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก (12RC03000)
สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม
โทร 1638 โทรสาร 1638

ในการนี้ หน่วยวิจัยทางคลินิกฯ จึงมีความประสงค์จะขออนุมัติใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาล ให้กับอาสาสมัคร/ผู้ป่วย ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว โดยขอใช้บริการเงินเชื่อทุกรายการในแผนกต่าง ๆ ได้แก่ ห้องเจาะเลือด, IMAC, หน่วยบำบัดระยะสั้น (SSS), ห้องทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG), ห้อง ECHO, รังสีรักษา, Admission, ห้องเป่าปอด, ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา (คำตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา), ห้องทำ bronchoscopy, เวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Bone scan & PET scan), Intervention (fresh biopsy), แผนก X-Ray, ห้องยา และแผนกอื่น ๆ ที่อาสาสมัคร/ผู้ป่วย เข้าใช้บริการโดยใช้สิทธิโครงการวิจัย โดยหน่วยงานฯ จะแนบสำเนาบันทึกที่ได้รับอนุมัติเงินเชื่อ และใบตราประทับบนใบคำรักษาพยาบาลระบุดังนี้

RAMACC

โครงการวิจัย: XL094-302

รหัส IO: R31066537

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ศ. นพ.มล.ชาครีย์ กิตติยากร)

รองคณบดีฝ่ายนวัตกรรมการเรียนรู้และความร่วมมือ ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้ประสานงาน: นางสาวเกศราภรณ์ ศรีทุมมา โทร.02-2011638

ฉัตรกานันดา
(นางฉัตรกานันดา กัญยาน)

หัวหน้างานสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก
.....18/.....มิ.ย./..2567....

18/6/67

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสร้างภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

ภาพที่ 2 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 1 นำส่งบันทึกข้อความขออนุมัติใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาลโครงการวิจัยที่ธุรการฝ่ายการคลัง

ตามรูปหมายเลข 2. ฝ่ายการคลัง (งานบัญชี) แจ้งผลการอนุมัติการขอใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาลโครงการวิจัย โดยส่งสำเนาบันทึกข้อความกลับผู้วิจัย ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ (ผู้ประสานงาน คุณกิตติยา โทร.02-2012179 ต่อ 126)

ฝ่ายการคลัง
เลขที่รับ 027187
วันที่ - 5 ก.ค. 2567
เวลาเข้า.....ออก.....



หน่วยวิจัยทางคลินิก
งานสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก (12RC03000)
สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม
โทร 1638 โทรสาร 1638

ที่ อว 78.0617/2.365
วันที่ 5 กรกฎาคม 2567

เรื่อง ขออนุมัติใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาลทุกรายการที่ใช้บริการในแผนกต่าง ๆ ของโครงการวิจัย

เรียน คณบดี ผ่านรองคณบดีฝ่ายนวัตกรรมและคู่ความร่วมมือ

ในการนี้ หน่วยวิจัยทางคลินิกฯ จึงมีความประสงค์จะขออนุมัติใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาล ให้กับอาสาสมัคร/ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว โดยขอใช้บริการเงินเชื่อทุกรายการในแผนกต่าง ๆ ได้แก่ ห้องเจาะเลือด, IMAC, หน่วยบำบัดระยะสั้น (SSS), ห้องทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG), ห้อง ECHO, รังสีรักษา, Admission, ห้องเป่าปอด, ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา (ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา), ห้องทำ bronchoscopy, เวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Bone scan & PET scan), Intervention (fresh biopsy), แผนก X-Ray, ห้องยา และแผนกอื่น ๆ ที่อาสาสมัคร/ผู้ป่วย เข้าใช้บริการโดยใช้สิทธิโครงการวิจัย โดยหน่วยงานฯ จะแนบบ้านที่ที่ได้รับอนุมัติเงินเชื่อ และใบตราประทับบนใบคำรักษาพยาบาลระบุดังนี้


โครงการวิจัย: REMIND
รหัส IO: R31067501

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ศ 31067501 1 มิ.ย 67 - 1 มิ.ย 72

ธิดา กัญยาน
(นางธิดา กัญยาน)
หัวหน้างานสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก
...../...../.....2567....

เรียน คณบดี
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ศ. นพ.ม.ล.ชาครีย์ กิตติยากร)

รองคณบดีฝ่ายนวัตกรรมและคู่ความร่วมมือ ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้ประสานงาน: นางสาวเกศราภรณ์ ศรีทุมมา โทร.02-2011638

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสาธารณกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

เรียน หัวหน้า ☐ รองหัวหน้าวิจัย / หัวหน้าหน่วยวิจัย ☒ หัวหน้างานวิจัย ☐ อื่นๆ

วิชาภาพ

เพื่อทราบและดำเนินการ 1 ก.ค. 67

วิเศษ 9/7/67

ลงชื่อ..... (นางกัญยาน-ศักดิ์)

วันที่..... หัวหน้างานวิจัย

ภาพที่ 3 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 2 บันทึกการรองคณบดีฝ่ายการคลัง ลงนามอนุมัติการขอใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาลโครงการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง

เพื่อโปรดพิจารณา อนุมัติการใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาล
โครงการวิจัยฯ ของ ศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง แพทย์หญิงเพ็ญพรรณ
วัฒนไกร รหัสโครงการ R31067501 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2567 -
1 เมษายน 2572

กิตติ

(นางสาวกิตติยา ดนตรีเสนาะ)
หัวหน้าหน่วยบัญชีเจ้าหน้าที่

(นางสาวสินี คงทองวัฒนา)
หัวหน้าฝ่ายการคลัง

อนุมัติ

อนันต์

(รองศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงอารีย์พรรณ โสภณสฤษดิ์สุข)

รองคณบดีฝ่ายการคลัง ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

๙ กค. 2567

เรียน คุณวราวัลย์

เพื่อโปรดดำเนินการสร้างรหัส Payer/ขยายเวลาโครงการ
การสร้างทะเบียน Project Master ในระบบ Staging / Front ของ
โครงการวิจัย รายละเอียดตามเอกสารแนบ

สินันท์

(นางสาวสินันท์ อิมอ่ำ)

รักษาการแทนหัวหน้างานการเงิน
๙/๗/๖๗

- หมายเหตุ
1. งานการเงินออกรหัส Payer
 2. งานจัดเก็บบันทึกสิทธิเงินเชื่อค่ารักษา

ภาพที่ 4 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 2 บันทึกการรองคณบดีฝ่ายการคลัง ลงนามอนุมัติการใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาลโครงการวิจัย



ฝ่ายการคลัง สำนักงานคนบตี
โทรศัพท์ 2179 ต่อ 126 โทรสาร 1747

ที่ ๒๓๐/๒๕๖๗
วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๗
เรื่อง ขออนุมัติใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาล
เรียน รองคนบตีฝ่ายการคลัง

ตามที่ ภาควิชาฯ ได้ส่งหนังสือ (ตามเอกสารแนบ) มายังฝ่ายการคลัง เพื่อทำการตรวจสอบและ
ขออนุมัติใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ที่ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย นั้น

ฝ่ายการคลัง ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว จึงมีความประสงค์ขออนุมัติใช้สิทธิเงินเชื่อค่า-
รักษาพยาบาลโครงการวิจัยฯ ตามรายชื่อผู้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย ดังนี้

1. นายแพทย์พิชัย จันทรศรีวงศ์ รหัสโครงการ R31066537 ตั้งแต่วันที่
1 กันยายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ 31 มกราคม ๒๕๗๑ PUB/53100/30005971 ✓
2. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ณัฐพงศ์ งามไพบูลย์ รหัสโครงการ R31062517 ตั้งแต่วันที่
1 สิงหาคม ๒๕๖๒ ถึงวันที่ 1 สิงหาคม ๒๕๖๙ PUB/53101/30005972 ✓
3. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ณัฐพงศ์ งามไพบูลย์ รหัสโครงการ R31066540 ตั้งแต่วันที่
1 กันยายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ 15 กันยายน ๒๕๖๙ PUB/53102/30005973 ✓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักเป็นพระคุณยิ่ง

(นางสาวสินี คงทองวัฒนา)
หัวหน้าฝ่ายการคลัง

อนุมัติ

(รองศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงอารีย์พรรณ โสภณสุกัญญาสุข)

รองคนบตีฝ่ายการคลัง ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

๒๕ มิ.ย. ๒๕๖๗

หมายเหตุ 1. งานการเงินออกรหัส Payer
2. งานจัดเก็บบันทึกสิทธิเงินเชื่อค่ารักษาฯ
อว 78.0617/2124,2125,2126

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

ภาพที่ 5 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 2 บันทึกแจ้งผลการอนุมัติการขอใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาลโครงการวิจัย



ใบแนบเรื่อง

หน่วยตรวจสอบค่ารักษาพยาบาล งานการเงิน ฝ่ายการคลัง T.2179 ต่อ 177

วันที่ 27 มิถุนายน 2567

เรียน หัวหน้างานจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล

หน่วยตรวจสอบค่ารักษาพยาบาล ดำเนินการสร้างรหัสโครงการวิจัย ในระบบ Front & Staging
เรียบร้อยแล้ว ตามรายละเอียดดังนี้

เพิ่ม					
รหัสโครงการ	R31066537	ชื่อ โครงการ	การศึกษาวิจัยระยะที่ 3 แบบสุ่ม เปิดเผยข้อมูลการรักษาของยาเอ็กซ์แอล092		
เริ่ม(วันที่)	01/09/2023	สิ้นสุด(วันที่)	31/01/2028	ประเภท	
รหัสสิทธิ	PUB	รหัส payer	53100		
เจ้าของ โครงการ	นายแพทย์พิชัย จันทรศรีวงศ์			สถานะบัญชี	☐ ลงบัญชี ☐ ไม่ลงบัญชี
รหัสโครงการ	R31062517	ชื่อ โครงการ	การศึกษาวิจัยระยะที่ 1/2 แบบเพิ่มขนาดยาเป็นลำดับขั้นและมีการต่อขยายระยะ		
เริ่ม(วันที่)	01/08/2019	สิ้นสุด(วันที่)	01/08/2026	ประเภท	
รหัสสิทธิ	PUB	รหัส payer	53101		
เจ้าของ โครงการ	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีรพงศ์ งามไพบูลย์			สถานะบัญชี	☐ ลงบัญชี ☐ ไม่ลงบัญชี
รหัสโครงการ	R31066540	ชื่อ โครงการ	การวิจัยระยะที่ 2 แบบสุ่มและเปิดเผยข้อมูลยาในหลายกลุ่ม เพื่อศึกษาการใช้ยาที่ส		
เริ่ม(วันที่)	01/09/2023	สิ้นสุด(วันที่)	15/09/2026	ประเภท	
รหัสสิทธิ	PUB	รหัส payer	53102		
เจ้าของ โครงการ	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีรพงศ์ งามไพบูลย์			สถานะบัญชี	☐ ลงบัญชี ☐ ไม่ลงบัญชี

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นางสาวสินีนาง อิมอ่ำ)

รักษาการแทนหัวหน้างานการเงิน

ภาพที่ 6 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 2 บันทึกแจ้งผลการอนุมัติการขอใช้สิทธิเงินเชื่อค่ารักษาพยาบาลโครงการวิจัย

ตามรูปหมายเลข 3. ผู้วิจัยลงทะเบียน visit ตรวจในระบบ EMR ส่งและปรีนใบรายการผลการตรวจในระบบ Appoint_1 (Lab, EKG, OPD) จัดทำใบให้ยาตามข้อกำหนดของโครงการวิจัย ประทับตราเงินเชื่อของแต่โครงการวิจัยที่ขออนุมัติไว้

ใบแจ้งค่าการตรวจรักษา

เงินสด,

INVOICE NO:

คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี

วันนัด: อังคาร 29 ตค 2567

ผู้ส่ง

บริการผู้ป่วยนอกงานวิจัยทางคลินิก

คลินิก: บริการผู้ป่วยนอกงานวิจัยทางคลินิก

สถานที่ให้บริการ

รายการที่ส่งตรวจ	ราคา	เบิกไม่ได้
250005 Complete Blood Count(Comp		
200148 Total bilirubin (Clotted		
200065 Direct bilirubin (Clotted		
200030 Blood urea nitrogen(Clott		
200033 Calcium (Clotted blood)(C		
200068 Electrolytes(Clotted bloo		
200058 Creatinine (Clotted blood		
200047 Cholesterol(CHOL)(Clotted		
200054 Creatine kinase(Clotted b		
200074 Gamma glutamyl transferas		
200077 Glucose (NaF)(NaF)		
200100 LDH (Clotted blood)(Clott		
200108 Lipase (Clotted blood)(Cl		
200116 Magnesium (Clotted blood)		
200090 Inorganic phosphate (Clot		
200122 Potassium (Clotted blood)		
200140 Sodium (Clotted blood)(Cl		
200132 Serum free T3(Clotted blo		
200133 Serum free T4(Clotted blo		
200138 Serum TSH(Clotted blood)		
200152 Total protein(Quantitativ		
200008 Albumin(Clotted blood)		
200007 Alanine aminotransferase(		
200013 Alkaline phosphatase (Clo		
200017 Amylase (Clotted blood)(C		
200023 Aspartate aminotransferas		
200157 Triglyceride (Clotted blo		

โครงการวิจัย: BGB-HNSCC-201

รหัส IO: R31066540

ประทับตรา
ของโครงการวิจัย

** โปรดติดต่อการเงิน **

Pd: 08/10/2024 14:01:47 (ราคาที่ปรากฏนี้เป็นราคา ณ วันที่พิมพ์ หากชำระในวันหลัง ราคาอาจจะมีการเปลี่ยนแปลง)

หมายเหตุ : รายการนี้ยังไม่รวมค่าบริการ รพ. และค่าบริการฟรีเมียม (ถ้ามี)

รวม

บาท.

ภาพที่ 7 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 3 ใบแจ้งค่าการตรวจรักษา ที่หน่วยเจาะเลือด

ตามรูปหมายเลข 3.1 กรณีนัดหมาย Bone / PET scan

- ผู้วิจัยลงทะเบียน visit ตรวจในระบบ EMR พิมพ์ใบขอตรวจ
 - กรอกข้อมูลการตรวจ Bone / PET scan ประทับตราเงินเชื่อ
 - นำส่งไปที่ Email: appoint.nmrama@gmail.com
 - โทรแจ้งเจ้าหน้าที่เวชศาสตร์นิวเคลียร์ โทร.02-2011157 , 02-2012481-4 ต่อ 101 หรือ 102
 - รับบัตรนัดที่เวชศาสตร์นิวเคลียร์ แล้วประทับตราเงินเชื่อ
 - อาสาสมัครไปตรวจตามนัดหมายเรียบร้อยแล้ว แนะนำให้อาสาสมัครนำบัตรนัดที่มีตราประทับเงินเชื่อพร้อมกับใบค่าทำ
- ผลการติดต่อการเงิน



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
Faculty of Medicine Ramathani Hospital
Mahidol University

รณสแผนก SDRC
แผนกวิจัยทางคลินิก
คลินิก บริการผู้ป่วยนอกงานวิจัยทางคลินิก

โครงการวิจัย: BGB-HNSCC-201
รหัส IO: R31066540

HN
น.ส.
อายุ
วันเกิด
สิทธิการ

วันที่เข้ารับบริการ 15 พ.ค. 2567 08:32
Patient Ident.

สำหรับเจ้าหน้าที่รับนัด

(Ver. 06-2023)



เวชศาสตร์นิวเคลียร์
Nuclear Medicine

☎ 02-201-1157, 02-201-2481-4 ต่อ 101 หรือ 102 FAX: 02-201-1191
Email: appoint.nmrama@gmail.com

Request Nuclear Medicine (Bone, CVS, LUNGS, Hemato)



Clinical History / Physical Examination / Laboratory / Surgery (กรุณารกรอกประวัติโดยละเอียดเพื่อความถูกต้องรวดเร็วของผล)

NSCLC T₃N₃T₁ Pleural Metastasis

Drug Allergy ☐ No ☐ Yes

Status ☐ Walking ☐ On wheel chair ☐ On stretcher ☐ On respirator ☐ With IV

Physician _____ Code _____ Tel / Mobile _____

ผู้ป่วยเด็กหนัก.....กก.

☐ นอนเอง ☐ Sedation oral
☐ คมยา ☐ Sedation IV

ระบุช่วงวันที่ต้องการตรวจ
10 - 15 พ.ค. 2567

This part for nuclear medicine personnel only

Clinical Note _____

Radiopharmaceutical (Dose / Site) _____

Nuclear Physician _____

Height _____ Weight _____ Blood pressure _____ PR _____ RR _____ Temperature _____

Pregnancy / Breast Feeding ☐ Yes ☐ No LMP _____ Information Consent Explained and Signed ☐ Yes ☐ No

Injection Site _____ time _____ Bolus Injection ☐ Yes ☐ No Nurse Sign _____

- SKELETAL SYSTEM**

☒ BONE SCAN (routine metastatic W/U)

☐ A1 Infection Suspected (3-phase)

☐ A2 Other _____

☐ AA Palliative Treatment of Bone pain from metastases

☐ AA1 Samarium-153 ☐ AA2 Radium-223

☐ AA3 Strontium-89 ☐ AA4 Other _____
- CARDIOVASCULAR SYSTEM**

☐ A Myocardial Perfusion Imaging

☐ A1 Rest ☐ A2 Stress

☐ A3 ^{99m}Tc-MIBI Preferred

☐ C MUGA Scan (LV Function)

☐ B Cardiac ATTR amyloidosis

☐ A4 Thallium preferred ☐ A5 Either ^{99m}Tc-MIBI or Thallium

☐ D Radionuclide Venogram for DVT
- RESPIRATORY SYSTEM**

☐ A Perfusion Lung Scan

☐ A1 Suspected Pulmonary Embolism ☐ A2 Differential Lung Function
- HEMATOLOGICAL SYSTEM**

☐ A Bone Marrow Scan

☐ B RBC Blood Volume and Plasma Volume Study

ภาพที่ 8 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 3.1 ใบขอนัดตรวจหน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ Bone scan

	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี Faculty of Medicine Ramachulalongkornrajavidyalaya University Mahidol University รหัสนี้ SDRC แผนกวิจัยทางคลินิก คลินิก บริการผู้ป่วยนอกงานวิจัยทางคลินิก	HN [Redacted] น.ส. [Redacted] อายุ [Redacted] วันเกิด [Redacted] สิทธิการ [Redacted] วันที่เข้ารับบริการ 15 ม.ค. 2567 Patient Ident. 09:11				
โครงการวิจัย: BGB-HNSCC-201 รหัส IO: R31066540						
เวชศาสตร์นิวเคลียร์ Nuclear Medicine ☎ 02-201-1157 ต่อ 101 หรือ 102, 02-201-2481 FAX: 02-201-1191						
Request PET / CT						
Onco case ☐ FDG: สหวิทยา (ถ้ามี) เล็ก ☐ nun. ☐ สบสข. (FDG) Select if Perferred ☐ PSMA (Suggested for prostate cancer) Tracer ☐ DOTATATE (กรณี NET เบิกกรมบัญชีกลางต้องกรอกแบบฟอร์มข้อบ่งชี้) Status ☒ walking ☐ On wheel chair ☐ On stretcher ☐ On respirator History NSCLC IgG₂T₁ Plasm Metastasis RT PLANNING ☐ Yes Site _____ ☐ No (If Yes รบกวนส่งแผนกรังสีรักษาก่อนนัด PET scan) LMP (WOMEN) _____ Last chemotherapy _____ Date _____ Last GCSF _____ Date _____ Last RT Site _____ Date _____ Site _____ Date _____ Surgery Site _____ Date _____ Site _____ Date _____ Diagnosis _____ DM ☒ No ☐ Yes Med _____ Other Underlying disease _____ Allergy No Weight 45 Height 150 cm FBS 90 mg/dl Date 5 Oct 2024 Cr 0.52 mg/dl Date 5 Oct 2024 Tumor maker _____ Date _____ Next appointment _____ Referring physician _____ Code _____ Requested Date 10 - 15 ม.ค. 67 Tel / Mobile _____						
Nuclear medicine personnel only						
Radiopharmaceutical _____ Dose _____ nCi Scan length: from _____ to _____ Note _____ Nuclear Physician _____ Height _____ Weight _____ Blood pressure _____ Pulse _____ Temperature _____ Breathe _____ ☐ walking ☐ On wheel chair ☐ On stretcher ☐ On respirator ☐ With IV ☐ Consciousness _____ Breast Feeding ☐ Yes ☐ No Pregnancy ☐ Yes ☐ No LMP _____ Information Consent Explained and Signed ☐ Yes ☐ No FBS _____ Time _____ Injection site _____ Time _____ Nurse Sign _____						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ข้อมูลประวัติเบื้องต้น ผู้ป่วย/คน/นก สบส(30) ☐ ปอด NSCLC ☐ (Hx) ☐ ต่อมน้ำเหลือง ☐ (Hx) ☐ หลอดอาหาร ☐ ลำไส้ใหญ่ ☐ ปากมดลูก ☐ ไทรอยด์ พยาบาล </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ตรวจสอบเบื้องต้น ☐ รับทราบ เช็กไม่ได้ ลายเซ็น (ผู้รับทราบ) ข้อมูลลายนิ้วมือ ☐ เช็กได้ ☐ เช็กไม่ได้ อาจารย์ _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Pre-injected count _____ Time _____ Post-injected count _____ Time _____ Operator _____ Net Injected Activity _____ Operator _____ </td> </tr> </table>			ข้อมูลประวัติเบื้องต้น ผู้ป่วย/คน/นก สบส(30) ☐ ปอด NSCLC ☐ (Hx) ☐ ต่อมน้ำเหลือง ☐ (Hx) ☐ หลอดอาหาร ☐ ลำไส้ใหญ่ ☐ ปากมดลูก ☐ ไทรอยด์ พยาบาล	ตรวจสอบเบื้องต้น ☐ รับทราบ เช็กไม่ได้ ลายเซ็น (ผู้รับทราบ) ข้อมูลลายนิ้วมือ ☐ เช็กได้ ☐ เช็กไม่ได้ อาจารย์ _____	Pre-injected count _____ Time _____ Post-injected count _____ Time _____ Operator _____ Net Injected Activity _____ Operator _____	
ข้อมูลประวัติเบื้องต้น ผู้ป่วย/คน/นก สบส(30) ☐ ปอด NSCLC ☐ (Hx) ☐ ต่อมน้ำเหลือง ☐ (Hx) ☐ หลอดอาหาร ☐ ลำไส้ใหญ่ ☐ ปากมดลูก ☐ ไทรอยด์ พยาบาล	ตรวจสอบเบื้องต้น ☐ รับทราบ เช็กไม่ได้ ลายเซ็น (ผู้รับทราบ) ข้อมูลลายนิ้วมือ ☐ เช็กได้ ☐ เช็กไม่ได้ อาจารย์ _____					
Pre-injected count _____ Time _____ Post-injected count _____ Time _____ Operator _____ Net Injected Activity _____ Operator _____						
● กรณีเบิกค่ามีสิทธิ กรณีผู้ป่วย (คน) กรุณากรอกแบบฟอร์มข้อบ่งชี้ "ใบรับรองการตรวจวินิจฉัยด้วย PET/CT" สำหรับมะเร็งปอด, มะเร็งลำไส้ใหญ่, มะเร็งต่อมน้ำเหลือง, มะเร็งหลอดอาหาร, มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งไทรอยด์ ● กรณีเบิกค่ามีสิทธิ กรณีผู้ป่วย (นก) กรุณากรอกแบบฟอร์มข้อบ่งชี้ "ใบรับรองการตรวจวินิจฉัยด้วย PET/CT" สำหรับมะเร็งปอด และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง						

ภาพที่ 9 ตัวอย่างตามรูปแบบเลข 3.1 ใบขอนัดตรวจหน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ PET scan

ตามรูปหมายเลข 3.2 กรณีนัดหมาย Echocardiogram

- โทรนัดที่หน่วย Echocardiogram โทร.02-2012211 ต่อ 151
- พิมพ์บัตรนัดจากระบบ EMR แล้วประทับตราเงินเชื่อ
- ลงทะเบียน visit ในระบบ EMR ที่หน่วยตรวจต้นทางที่ขอคิวนัดไว้ (ศูนย์วิจัยทางคลินิก) ในวันที่ยาสมาศมีนัด Echocardiogram
- อาสาศมีศไปตรวจตามนัดหมายเรียบร้อยแล้ว แนะนำให้อาสาศมีศนำบัตรนัดที่มีตราประทับเงินเชื่อพร้อมกับใบค่าทำหัตถการติดต่อการเงิน

ประกันสุขภาพนอกเขต(โครงการ)		คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
บัตรนัดตรวจ	<ใหม่>	
วันนัด พุธที่ 24 ต.ค. 2567 เวลา: 16:30 น. คลินิก วินิจฉัยหัวใจและหลอดเลือด-นอกเวลา(ตรวจ) ตรวจกับแพทย์ Echocardiogram ECH900		ข้อควรปฏิบัติ **กรณีมียาเหลือกรุณานับเม็ดยาที่เหลือในแต่ละรายการ และแจ้งให้แพทย์ทราบในวันที่พบแพทย์
ส่งตรวจ	วิจัย 0954928868	
ตรวจที่: ห้องโรคหัวใจ CVMC อาคารสิริกิติ์ ชั้น 1 โทรติดต่อ 02-2012211 ต่อ 151 ** ชั้น 1 อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ** ถ้าต้องการเลื่อนนัด กรุณาโทรแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วัน จันทร์ - ศุกร์ เวลา 10.00 - 16.00 น.		
		
โครงการวิจัย: BGB-HNSCC-201 รหัส IO: R31066540		
นัดจาก: ห้องโรคหัวใจ CVMC สัปดาห์โดย: อุมารักษ์ สวัสดิาย Pd: 17/10/2567, 15:34 น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ☐ รกนั่ง ☐ รกนอน BP.....mmHG นัดตรวจ: แผนกวิจัยทางคลินิก 008787 วันที่: 17/10/2567 เวลา: 08:00 น. หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกพิเศษ 006498 วันที่: 30/10/2567 เวลา: 13:10 น.		
รามาชนแนล สถานีสุขภาพดี 24ชม. TrueVisions ช่อง 42, HD571		

ภาพที่ 10 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 3.1 ใบขออนัดตรวจหน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ Echocardiogram

ตามรูปหมายเลข 4. นำใบแจ้งค่าการตรวจรักษาหัตถการผ่านการเงิน เจ้าหน้าที่การเงินจะนำเข้าระบบของการเงินว่ามีการผ่านการเงินเรียบร้อยแล้ว

ใบแจ้งค่าการตรวจรักษา		เงินสด,	INVOICE_NO:	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี	คลินิกพิเศษ)																																																																																										
วันนัด: อังคาร 22 ตค 2567	A2																																																																																														
ผู้ส่ง																																																																																															
บริการผู้ป่วยนอกงานวิจัยทางคลินิก																																																																																															
คลินิก: บริการผู้ป่วยนอกงานวิจัยทางคลินิก																																																																																															
สถานที่ให้บริการ																																																																																															
 โครงการวิจัย: XL092-304 รหัส IO: R31066537		รายการที่ส่งตรวจ <table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการที่ส่งตรวจ</th> <th>ราคา</th> <th>เบิกไม่ได้</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>100027 HBsAg/ELISA(Clotted blood)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100048 Anti-HCV/ELISA(Clotted bl</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>150002 Urinalysis/Routine(Random</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200007 Alanine aminotransferase(</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200008 Albumin(Clotted blood)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200013 Alkaline phosphatase (Clo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200017 Amylase (Clotted blood)(C</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200023 Aspartate aminotransferas</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200030 Blood urea nitrogen(Clott</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200033 Calcium (Clotted blood)(C</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200058 Creatinine (Clotted blood</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200060 Creatinine (Random urine)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200068 Electrolytes(Clotted blood</td><td>21/10/2024</td><td>45</td></tr> <tr><td>200074 Gamma glutamyl transferas</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200077 Glucose (NaF)(NaF)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200090 Inorganic phosphate (Clot</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200100 LDH (Clotted blood)(Clott</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200108 Lipase (Clotted blood)(Cl</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200116 Magnesium (Clotted blood)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200133 Serum free T4(Clotted blo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200138 Serum TSH(Clotted blood)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200148 Total bilirubin (Clotted</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200152 Total protein(Quantitativ</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>200155 Total protein (Random Uri</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>250005 Complete Blood Count(Comp</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>250033 Activated partial thrombo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>250034 Prothrombin time (Citr</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100028 Anti-HBs/ELISA(Clotted bl</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100031 Anti-HBc(Clotted blood)</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				รายการที่ส่งตรวจ	ราคา	เบิกไม่ได้	100027 HBsAg/ELISA(Clotted blood)			100048 Anti-HCV/ELISA(Clotted bl			150002 Urinalysis/Routine(Random			200007 Alanine aminotransferase(			200008 Albumin(Clotted blood)			200013 Alkaline phosphatase (Clo			200017 Amylase (Clotted blood)(C			200023 Aspartate aminotransferas			200030 Blood urea nitrogen(Clott			200033 Calcium (Clotted blood)(C			200058 Creatinine (Clotted blood			200060 Creatinine (Random urine)			200068 Electrolytes(Clotted blood	21/10/2024	45	200074 Gamma glutamyl transferas			200077 Glucose (NaF)(NaF)			200090 Inorganic phosphate (Clot			200100 LDH (Clotted blood)(Clott			200108 Lipase (Clotted blood)(Cl			200116 Magnesium (Clotted blood)			200133 Serum free T4(Clotted blo			200138 Serum TSH(Clotted blood)			200148 Total bilirubin (Clotted			200152 Total protein(Quantitativ			200155 Total protein (Random Uri			250005 Complete Blood Count(Comp			250033 Activated partial thrombo			250034 Prothrombin time (Citr			100028 Anti-HBs/ELISA(Clotted bl			100031 Anti-HBc(Clotted blood)		
รายการที่ส่งตรวจ	ราคา	เบิกไม่ได้																																																																																													
100027 HBsAg/ELISA(Clotted blood)																																																																																															
100048 Anti-HCV/ELISA(Clotted bl																																																																																															
150002 Urinalysis/Routine(Random																																																																																															
200007 Alanine aminotransferase(																																																																																															
200008 Albumin(Clotted blood)																																																																																															
200013 Alkaline phosphatase (Clo																																																																																															
200017 Amylase (Clotted blood)(C																																																																																															
200023 Aspartate aminotransferas																																																																																															
200030 Blood urea nitrogen(Clott																																																																																															
200033 Calcium (Clotted blood)(C																																																																																															
200058 Creatinine (Clotted blood																																																																																															
200060 Creatinine (Random urine)																																																																																															
200068 Electrolytes(Clotted blood	21/10/2024	45																																																																																													
200074 Gamma glutamyl transferas																																																																																															
200077 Glucose (NaF)(NaF)																																																																																															
200090 Inorganic phosphate (Clot																																																																																															
200100 LDH (Clotted blood)(Clott																																																																																															
200108 Lipase (Clotted blood)(Cl																																																																																															
200116 Magnesium (Clotted blood)																																																																																															
200133 Serum free T4(Clotted blo																																																																																															
200138 Serum TSH(Clotted blood)																																																																																															
200148 Total bilirubin (Clotted																																																																																															
200152 Total protein(Quantitativ																																																																																															
200155 Total protein (Random Uri																																																																																															
250005 Complete Blood Count(Comp																																																																																															
250033 Activated partial thrombo																																																																																															
250034 Prothrombin time (Citr																																																																																															
100028 Anti-HBs/ELISA(Clotted bl																																																																																															
100031 Anti-HBc(Clotted blood)																																																																																															
** โปรดติดต่อการเงิน ** Pd: 16/10/2024 08:36:33 (ราคาที่ปรากฏนี้เป็นราคา ณ วันที่พิมพ์ หากชำระในวันหลัง ราคาอาจจะมีการเปลี่ยนแปลง)		หมายเหตุ : รายการนี้ยังไม่รวมค่าบริการ รพ. และค่าบริการพรีเมียม (ถ้ามี)																																																																																													

ภาพที่ 11 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 4 ใบแจ้งค่าการตรวจรักษาหัตถการผ่านการเงินแล้ว

4.1 กรณีแผนกบำบัดระยะสั้น (SSS) เจ้าหน้าที่การเงินเขียนยอดรวมค่าใช้จ่ายของ SSS ในใบสรุปยอดของ SSS แล้วอาสาสมัครนำมาคืน SC หลังจากรับยาวิฉัยเสร็จเรียบร้อยแล้ว

HN.....
ชื่อ.....
เรียน จนท.การเงิน
รบกวนเขียนยอดรวมค่าใช้จ่ายของ SSS ให้ด้วยนะคะ
ยอดรวม.....บาท
ขอบคุณค่ะ
SDRC Tel 4029

ภาพที่ 12 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 4.1 ใบสรุปยอดของ SSS

ตามรูปหมายเลข 5. อาสาสมัครโครงการวิจัย นำใบแจ้งค่าการตรวจรักษาที่ผ่านการเงินแล้วเข้ารับบริการหัตถการตามแผนที่ได้รับนัดหมาย

ตามรูปหมายเลข 6. ผู้วิจัยรับใบทำหัตถการคืนจากการเงิน/อาสาสมัคร หากไม่ได้รับใบต้นคืนจากอาสาสมัครสามารถป้อนใบรายการหัตถการ (Paid) จากระบบ Appoint_1

ใบแจ้งค่าการตรวจรักษา

เงินสด, INVOICE_NO: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ (คลินิกพิเศษ)

วันที่: อังคาร 2 กค 2567

ผู้ส่ง: บริการผู้ป่วยนอกงานวิจัยทางคลินิก

คลินิก: บริการผู้ป่วยนอกงานวิจัยทางคลินิก

สถานที่ให้บริการ

โครงการวิจัย: XL092-304

รหัส IO: R31066537

รายการที่ส่งตรวจ

ราคา	เบิกไม่ได้
250005 Complete Blood Count(Comp	
200030 Blood urea nitrogen(Clott	
200058 Creatinine (Clotted blood	
200068 Electrolytes(Clotted bloo	
200033 Calcium (Clotted blood)(C	

43 02/07/2024 06:22

Staff_Id : 019191

QUEUE NO.

0046

02/07/2567 06:23:29

Inv_Id : 94174220

** โปรดติดต่อการเงิน **

Pd: 01/07/2024

12:10:26 (ราคาที่ปรากฏนี้เป็นราคา ณ วันที่พิมพ์ หากชำระในวันหลัง ราคาอาจจะมีการเปลี่ยนแปลง) รวม บาท.

หมายเหตุ : รายการนี้ยังไม่รวมค่าบริการ รพ. และค่าบริการพรีเมียม (ถ้ามี)

ภาพที่ 13 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 6 ใบแจ้งค่าการตรวจรักษาหัตถการที่ผ่านการรับบริการแล้ว

ใบแจ้งค่าการตรวจรักษา

เงินสด,

INVOICE_NO:

คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี

วันนัด: อังคาร 27 สค 2567

ผู้ส่ง

บริการผู้ป่วยนอกงานวิจัยทางคลินิก

คลินิก: บริการผู้ป่วยนอกงานวิจัยทางคลินิก

สถานที่ให้บริการ



โครงการวิจัย: XL092-304

รหัส IO: R31066537

** โปรดติดต่อการเงิน **

Pd: 07/10/2024

15:09:03 (ราคาที่ปรากฏนี้เป็นราคา ณ วันที่พิมพ์ หากชำระในวันหลัง ราคาอาจมีการเปลี่ยนแปลง) รวม

บาท.

รายการที่ส่งตรวจ	ราคา	เบิกไม่ได้
100027 HBsAg/ELISA(Clotted blood	<paid>	0
200030 Blood urea nitrogen(Clott	<paid>	0
200033 Calcium (Clotted blood)(C	<paid>	0
200058 Creatinine (Clotted blood	<paid>	0
200060 Creatinine (Random Urine)	<paid>	0
200068 Electrolytes(Clotted bloo	<paid>	0
200074 Gamma glutamyl transferas	<paid>	0
200077 Glucose (NaF)(NaF)	<paid>	0
200090 Inorganic phosphate (Clot	<paid>	0
200100 LDH (Clotted blood)(Clott	<paid>	0
200108 Lipase (Clotted blood)(Cl	<paid>	0
100034 Anti HIV (STAT)(Clotted b	<paid>	0
200116 Magnesium (Clotted blood)	<paid>	0
200133 Serum free T4(Clotted blo	<paid>	0
200138 Serum TSH(Clotted blood)	<paid>	0
200148 Total bilirubin (Clotted	<paid>	0
200152 Total protein(Quantitativ	<paid>	0
200155 Total protein (Random Uri	<paid>	0
250005 Complete Blood Count(Comp	<paid>	0
250033 Activated partial thrombo	<paid>	0
250034 Prothrombin time (Citrate	<paid>	0
100048 Anti-HCV/ELISA(Clotted bl	<paid>	0
150002 Urinalysis/Routine(Random	<paid>	0
200007 Alanine aminotransferase(	<paid>	0
200008 Albumin(Clotted blood)	<paid>	0
200013 Alkaline phosphatase (Clo	<paid>	0
200017 Amylase (Clotted blood)(C	<paid>	0
200023 Aspartate aminotransferas	<paid>	0

หมายเหตุ : รายการนี้ยังไม่รวมค่าบริการ รพ. และค่าบริการฟรีแลนซ์ (ถ้ามี)

ภาพที่ 14 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 6 ใบแจ้งค่าการตรวจรักษาเหตุการณ์ที่ผ่านการรับบริการแล้ว โดยปรีนใบรายการเหตุการณ์ (Paid) จาก

ระบบ Appoint_1

ตามรูปหมายเลข 7. ผู้วิจัยแนบใบแจ้งค่าการตรวจรักษาเหตุการณ์ที่ได้รับคืนจากอาสาสมัคร หรือปรีนใบรายการเหตุการณ์ (Paid)

จากระบบ Appoint_1 และลงข้อมูล ในใบสรุปการเงิน และนำเสนอให้ทีมบัญชี

ตามรูปหมายเลข 8. ผู้วิจัยได้รับใบแสดงรายการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากฝ่ายการคลัง(งานการเงิน) ซึ่งจะรวบรวมค่าใช้จ่าย

เรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลแต่ละโครงการ ทุกสิ้นเดือน ส่งตามหน่วยงานที่แจ้งไว้ในใบบันทึกข้อความขอเงินเชื่อ ผู้วิจัย

ตรวจสอบความถูกต้องตามรายการที่มีการใช้บริการจริง



ฝ่ายการคลัง สำนักงานคณบดี
โทรศัพท์ 2179 ต่อ 170 โทรสาร 2542

ที่ จล 3323/2564

วันที่ 05 สค. 2564

เรื่อง ขอเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการการศึกษาวัยระยะที่ 1/2

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบแสดงรายการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

ตามที่ผู้ป่วย การศึกษาวัยระยะที่ 1/2 ได้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลจาก
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี นั้น คณะฯ ขอแจ้งค่ารักษาผู้ป่วยนอกประจำเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2564
จำนวน 5 ราย เป็นจำนวนเงิน บาท ()
ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดชำระเงินค่ารักษาพยาบาลให้คณะฯ ด้วย โดยส่งจ่ายเช็คในนาม "ม.มหิตล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี" หรือโอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)
สาขารามาธิบดี เลขที่บัญชี 026-2-11222-9 กรณีโอนเงิน ขอความกรุณาส่งสำเนาใบโอนเงินทางโทรสารด้วย
เพื่อฝ่ายการคลัง จะได้ดำเนินการตรวจสอบและออกใบเสร็จรับเงินต่อไป

(นางสาวสินีนาง อิมอ้า)
รักษาการแทนหัวหน้างานการเงิน

นางเรณู ฤๅณธรรม ฝัฒณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

ภาพที่ 15 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 8 ใบขอเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับจากฝ่ายการคลัง(งานการเงิน)

ใบแสดงรายการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกการศึกษาระยะที่ 1/2
 ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000158378 รหัสโรงพยาบาล 13781

ที่	วันที่ รับบริการ	HN.	ชื่อ - นามสกุล	เลขที่ ใบแจ้งหนี้	ค่าบริการทางการแพทย์ (บาท)														
					ค่าบริการ โลหิต	ชันสูตร และ พยาธิ	รังสี วิทยา	ตรวจ วินิจฉัย พิเศษอื่นๆ	ผ่าตัด หรือ หัตถการ	ระงับ ความรู้สึก	ยา	เวชภัณฑ์ และ อุปกรณ์	เคมี บำบัด	รังสี รักษา	ค่าบริการ ทันตกรรม	เวชกรรม ฟื้นฟู	บำบัด รักษา อื่นๆ	รวม ทั้งสิ้น	
1	01/07/2024			670-000004125508		2,990.00						54.00	1,229.50				1,430.00	5,703.50	
2	09/07/2024			670-000004030774		2,990.00						54.00	1,229.50					1,430.00	5,703.50
3	16/07/2024			670-000004030775		2,990.00												250.00	3,240.00
4	23/07/2024			670-000004030778		2,240.00						54.00	1,259.50					1,430.00	4,983.50
5	30/07/2024			670-000004030779		2,240.00						54.00	1,229.50					1,430.00	4,953.50
จำนวน 5 ราย				รวม		13,450.00					216.00	4,948.00				5,970.00	24,584.00		

รวมเงินทั้งสิ้น (สองหมื่นสี่พันห้าร้อยแปดสิบสี่บาทถ้วน)
 ขอรับรองว่าค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามที่เรียกเก็บ

ลงชื่อ  ผู้รับรองเอกสาร
 (วรพรรณ นามวงศ์)
 ผู้ปฏิบัติงานบริหาร

วันที่พิมพ์ 16/08/2024 08:12:51

หน่วยออกหนี้ โทรศัพท์ 0-2201-2179 ต่อ 163 โทรสาร. 0-2201-2542

หน้าที่ 1

ภาพที่ 16 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 8 ใบแสดงรายการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับจากฝ่ายการคลัง(งานการเงิน)

ตามรูปหมายเลข 9. ผู้วิจัย/ทีมบัญชีทำการเบิกเงินวิจัยค่ารักษาพยาบาลจากบัญชีโครงการวิจัย

ตามรูปหมายเลข 10. ผู้วิจัย โอนเงินเข้าบัญชีเงินรายได้คณะฯ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เข้าบัญชี: ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา: รามาธิบดี ประเภท ออมทรัพย์

ชื่อบัญชี: ม.มหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่บัญชี: 026-211222-9

ตามรูปหมายเลข 11. ผู้วิจัย/ทีมบัญชี นำหลักฐานการโอนเงินแนบพร้อมเอกสารเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลไปส่งที่ ฝ่ายการคลัง (งานการเงิน) เพื่อออกใบเสร็จรับเงิน รุการฝ่ายการคลัง ชั้น 3 อาคารบริหารและ เก็บใบเสร็จรับเงินพร้อมเอกสารรายละเอียด การเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล แล้วนำไปสรุปการบัญชีและทำเบิกกับบริษัทผู้ให้ทุนวิจัยต่อไป

ใบเสร็จรับเงิน (RECEIPT)



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
270 ถนนพระรามที่หก แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 02-201-2179 ต่อ 160 โทรสาร : 02-201-1747
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
270 Rama VI Road, Thungphayathai, Ratchathewi, Bangkok, Thailand. 10400
Tel : 02-201-2179 # 160 Fax : 02-201-1747

เลขที่/NO.

21.67/00351880

26 สิงหาคม 2567

ได้รับเงินจาก

Received from

เป็นค่า/For

รักษาพยาบาล

ต้นฉบับ/ORIGINAL

จำนวนเงิน/Amount

11,670.00 บาท/Baht

หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน

ลงชื่อ/Signature

ผู้รับเงิน/Cashier

น.ส.ชลธิชา เกษตราศิริ

()

ตำแหน่ง/Cashier ID

ผู้ปฏิบัติงานบริหาร

Doc. 3400071191

วันที่โอน 22.08.2024

หมายเหตุ กรณีชำระเป็นเช็ค ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อเช็คติดกลับมาได้แล้ว

ภาพที่ 17 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 11 ใบเสร็จรับเงินที่ได้รับจากฝ่ายการคลัง



ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล

ที่ อว 78.06/จ. 671-000000082805
วันที่ 23 กรกฎาคม 2567
เรื่อง ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล
เรียน หัวหน้าโครงการวิจัย

ฝ่ายการคลัง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
270 ถ.พระรามที่ 6 เขตราชเทวี กทม. 10400
โทร. 0-2201-2179 ต่อ 166,170 โทรสาร. 0-2201-2542

ตามหนังสือรับรอง..... ที่ อว 78.0617/2124 ลงวันที่ 18 มี 3110
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาล ชื่อผู้ป่วย..... HN..... AN.....
นำขบวนโรค (J189) ปอดอักเสบที่ไม่ระบุเชื้อ วันที่รับ 2 กค 2567 เวลา 11:42 วันที่จำหน่าย 17 กค 2567 เวลา 14:00
ดังมีรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน
1	ค่าห้องและค่าอาหาร รวม 8 วันละ บาท	
	ค่าห้องและค่าอาหาร รวม 1 วันละ บาท	
	ค่าห้องและค่าอาหาร รวม 2 วันละ บาท	
	ค่าห้องและค่าอาหาร รวม 4 วันละ บาท	
	ค่าห้องและค่าอาหาร รวม 0 วันละ บาท	
2	ค่าชวาระเทียมและ/หรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค	
3	ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ในโรงพยาบาล	
4	ค่ายาที่นำไปใช้ที่บ้าน	
5	ค่าเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย	
6	ค่าบริการ โลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	
7	ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	
8	ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	
9	ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่น ๆ	
10	ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	
11	ค่าทำหัตถการและวิสัญญี	
12	ค่าบริการทางการแพทย์	
13	ค่าบริการทางทันตกรรม	
14	ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู	
15	ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่นๆ	
16	ค่าบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยตรง	
รวมเงินทั้งสิ้น (.....)		

Code ICD-10, ICD-9CM										
ประเภท	รหัสโรค 1	รหัสโรค 2	รหัสโรค 3	รหัสโรค 4	รหัสโรค 5	รหัสโรค 6	รหัสโรค 7	รหัสโรค 8	รหัสโรค 9	รหัสโรค 10
รหัสโรค ICD-10	J189 _1	C64 _2	C780 _2	C787 _2						
รหัสผ่าตัด ICD-9CM	3323									

ขอรับรองว่าค่ารักษาพยาบาลถูกต้องตามที่เรียกเก็บ

(นางสาวสินันท์ ชื่นอ่ำ)
รักษาการหัวหน้างานการเงิน ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

หมายเหตุ : 1. โปรด ชำนาญชิด จีกรอมหรือ ครีฟท์ ส่งจ่ายในนาม " ม.มหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี " (โปรดชำระเงินภายใน 30 วัน นับแต่วันได้รับหนังสือ)
ฝ่ายการคลัง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (โปรดชำระเงินภายใน 30 วัน นับแต่วันได้รับหนังสือ)
2. หรือโอนเงินเข้าบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี เลขที่ 026-2-11222-9
ชื่อบัญชี ม.มหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กรณีโอนเงินโปรดส่งหลักฐานใบโอนเงินทางโทรสาร ให้ฝ่ายการคลังทราบด้วยทุกครั้ง
วันที่พิมพ์ 23/07/2024 13:34:03 (S3100 , P018)

ภาพที่ 18 ตัวอย่างตามรูปแบบหมายเลข 11 ใบแสดงค่ารักษาพยาบาล



เลขที่ใบแจ้งหนี้

ใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล

พนักงานหน่วยงานของรัฐ(PUB)/การศึกษาวิจัยระยะที่ 1/2

อว 78.06/จ.

ชื่อ - นามสกุล		HN:		วันที่รับบริการ 1 ก.ค. 2567		
การศึกษาวิจัยระยะที่ 1/2						
รหัส	รหัสเบิก	Serial No.	รายการ	จำนวน	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
ค่าเวชภัณฑ์และอุปกรณ์						
30000917	30000917		ข้อต่อ 3 ทาง Three way (Discofix 3-way)	1.00		
30001517	30001517		กระบอกฉีดยาปราศจากเชื้อ ขนาด 5 ซีซี	1.00		
30002018	30002018		1624 ปลาสเตอร์ฟิล์มใส Tegaderm 6 x 7 cm.	1.00		
30016423	30016423		ชุดให้น้ำเกลือ IV. SET P2AV15TB	1.00		
30017158	30017158		Extension With T 6" (Minimum Volume)	1.00		
30025033	30025033		ถุงมือตรวจโรค ไม่มีแป้ง SIZE S SRITRANG	3.00		
30032977	30032977		Q-BAC 2A Swab Sticks (2% CHG in 70%)	1.00		
30050199	30050199		M464444600S INFUSION SET VLON70	1.00		
30055053	30055053		06000-005 Braun Pro 6000 Probe covers	1.00		
30059749	30059749		ถุงมือไนไตรท์ Size S	1.00		
I00113	H141		BP monitoring (non invasive)	1.00		
I00120	H194		Infusion Pump/Syringe pump (รวม Set Infusion Pump	1.00		
รวม						
ค่าบริการรักษาอื่นๆ						
R00099	HR45		ห้อง Observation/Short stay Bed ไม่เกิน 4 ชั่วโมง	1.00		
N00141	HB23		ค่าผสมยาเคมีบำบัด	1.00		
N00145	HB29		ค่าบริการพยาบาล ห้อง Observation/Short stay Bed/Ro	1.00		
รวม						
				รวมทั้งหมด		

ภาพที่ 19 ตัวอย่างตามรูปหมายเลข 11 ใบแจ้งการชำระค่ารักษาพยาบาล