



ใบยินยอมรับกายอุปกรณ์ (รถนั่งคนพิการ)

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์

18 ถนน พุทธมณฑลสาย ๓ แขวงบางไผ่ เขตบางแค กรุงเทพมหานคร 10160

วันที่.....

OPD.....

IPD.....

ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี

HN.....AN.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เบอร์โทร.....สิทธิการรักษา.....บัตรประกันสุขภาพ ผู้พิการ ท.74.....

แพทย์ผู้ตรวจรักษา.....

การวินิจฉัยโรค.....

อาการที่บ่งชี้ด้านความพิการที่จำเป็นต้องใช้รถนั่งคนพิการ.....

อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้ (8901)

รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้ (8902)

อื่นๆ.....

Serial Number

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายอุปกรณ์

(.....)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา

(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ขั้นตอนการขอรับกายอุปกรณ์ (รถนั่งคนพิการ)

