



WI-NUR-SERV-0039

แนวทางการปฏิบัติกาให้บริการ
ผู้รับบริการชาวต่างชาติ



ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

Sunpasittiprasong Hospital

วิธีปฏิบัติงานที่ WI-NUR-SERV-0039

เรื่อง

แนวทางปฏิบัติการให้บริการผู้รับบริการชาวต่างชาติ

(Work Instruction For The Foreigner Customer Health Services)

	ตำแหน่ง	ลายเซ็น	วัน/เดือน/ปี
จัดทำโดย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	นางณัฐธยาน์ เตชาติวงศ์ ณ อยุธยา	1 ต.ค.2565
ทบทวนโดย	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	นางณัชฎาพร จันทรา	1 ต.ค.2565
อนุมัติโดย	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล	นางจุฑารัตน์ สุพรรณจิตวานา	1 ต.ค.2565

สารบัญ

การให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ	หน้า
คำจำกัดความ	1
วัตถุประสงค์	1
ตัวชี้วัด	2
ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ รพ.	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
แนวทางปฏิบัติ	
เอกสารแนบ 1 : บทบาทหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.)	5
เอกสารแนบ 2 : ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ	6
เอกสารแนบ 3 : ขั้นตอนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย	7
เอกสารแนบ 4 : ขั้นตอนการดำเนินการจัดส่งยาข้ามประเทศ	8
เอกสารแนบ 5 : แนวทางการส่งผู้ป่วยต่างชาติมาประเมินค่ารักษาพยาบาล ใน วัน เวลาราชการ	9
เอกสารแนบ 6 : แนวทางการส่งผู้ป่วยต่างชาติมาประเมินค่ารักษาพยาบาล นอก เวลาราชการ	10
เอกสารแนบ 7 : แนวทางการส่งผู้ป่วยต่างชาติมาประเมินค่ารักษาพยาบาล ในวันหยุด/วันหยุดนักขัตฤกษ์และ วันจำหน่าย	11
เอกสารแนบ 8 : แนวทางการส่งผู้ป่วยต่างชาติมาชำระค่ารักษาพยาบาล รายวันและ วันจำหน่าย	12
เอกสารแนบ 9 : ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยกลับประเทศ	13
เอกสารแนบ 10 : แบบฟอร์มใบส่งตัว	14
เอกสารแนบ 11 : แบบฟอร์มใบส่งตัว(Referal SPSS)	15
เอกสารแนบ 12 : ขั้นตอนการดำเนินการ กรณีผู้ป่วยมีประกันชีวิต	16
เอกสารแนบ 13 : ขั้นตอนการดำเนินการ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต	17
เอกสารแนบ 14 : ใบบันทึกความเข้าใจการวางเงินมัดจำ	18

เอกสารแนบ 15 : แบบบันทึกใบยินยอม/ไม่ยินยอมรักษาพยาบาล	19
เอกสารแนบ 16 : แบบบันทึกใบยินยอม/ไม่ยินยอมรักษาพยาบาล(ภาษาอังกฤษ)	20
เอกสารแนบ 17 : แบบบันทึกใบยินยอม/ไม่ยินยอมรักษาพยาบาล(ภาษากัมพูชา)	21
เอกสารแนบ 18 : แบบบันทึกใบยินยอม/ไม่ยินยอมรักษาพยาบาล(ภาษาลาว)	22
เอกสารแนบ 19 : แบบใบรับรองแพทย์(ภาษาอังกฤษ) กรณีผู้ป่วยใน	23
เอกสารแนบ 20 : แบบใบรับรองแพทย์(ภาษาอังกฤษ) กรณีผู้ป่วยนอก	24
เอกสารแนบ 21 : แนวทางการให้ข้อมูลแก่ญาติ / บุคคลอื่น ทางโทรศัพท์	25
เอกสารแนบ 22 : ขั้นตอนปฏิบัติเมื่อเกิดข้อร้องเรียนกับผู้ป่วยชาวต่างชาติ	26
เอกสารแนบ 23 : แนวทางการขอความช่วยเหลือล่ามจิตอาสา	27
เอกสารแนบ 24 : ทำเนียบล่ามภาษากัมพูชา	28
เอกสารแนบ 25 : ทำเนียบล่ามจิตอาสา	29
เอกสารแนบ 26 : ทำเนียบรายชื่อบุคลากรที่สามารถสื่อสารภาษาต่างประเทศ	30
เอกสารแนบ 27 : แผ่นพับคำแนะนำการมารับบริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ	31
เอกสารแนบ 28 : แผ่นพับคำแนะนำการมารับบริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ(ภาษา E)	32
ภาคผนวก	33

1.0 คำจำกัดความ

- 1.1 **ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติ** หมายถึง ผู้ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่ไม่ได้ถือสัญชาติไทย และมีบัตรประจำตัวประชาชนชาติอื่น
- 1.2 **ผู้ใช้บริการแรงงานต่างด้าว** หมายถึง ผู้ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งไม่มีสัญชาติไทยแต่ได้เดินทางมาทำงานในแผ่นดินประเทศไทยโดยใช้กำลังกายความรู้ความสามารถเพื่อประสงค์ผลตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือประโยชน์อื่นใด
- 1.3 **ผู้ใช้บริการแรงงานต่างด้าวMOU** หมายถึง ผู้ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ภายใต้บันทึกข้อตกลง MOU ระหว่างรัฐบาลประเทศไทยกับประเทศต้นทาง ลาว พม่า กัมพูชา และ เวียดนาม
- 1.4 **บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล** หมายถึง บัตรที่กองทุนประกันสังคมหรือกระทรวงแรงงานทำขึ้น เพื่อให้ผู้ประกันตนที่จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือนไว้ใช้แสดงตนเมื่อเข้ารับการรักษาเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายคืนจากสำนักงานประกันสังคมที่ผู้ใช้บริการได้ทำการสมัครไว้(เรียกย่อๆว่า ใบ สปส.9-02)
- 1.5 **แบบหลักฐานการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน(ส 1-03)** ใบรับรองที่นายจ้างแรงงานต่างด้าวต้องดำเนินการแจ้งการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน ต่อสำนักงานประกันสังคม ที่สวัสดิการกองการเจ้าหน้าที่ของกระทรวงแรงงาน หลักฐานสำคัญที่สุด บัตรประจำตัวประชาชนของคนต่างชาติ หรือ สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ใช้บริการ

2.0 วัตถุประสงค์ (Objective)

- 2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยชาวต่างชาติได้รับการบริการที่ดี พึงพอใจ ในการมารับบริการ
- 2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยชาวต่างชาติ ได้รับการดูแล รักษา ตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย
- 2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และการปฏิบัติตัว
- 2.4 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาล และสิทธิการรักษาต่างๆ ก่อนเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 2.5 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พึงพอใจ ในการมารับบริการ
- 2.6 เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติงาน และผู้เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน
- 2.7 เพื่อพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการให้มีมาตรฐาน

3.0 ตัวชี้วัด Indicators

- 3.1 ผู้ป่วยชาวต่างชาติได้รับการบริการที่ดี พึงพอใจ ข้อร้องเรียน = 0
- 3.2 ผู้ป่วยชาวต่างชาติได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน RM= 0
- 3.3 อุบัติการณ์ การค้างชำระค่ารักษาพยาบาล = 0

4.0 ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์โรงพยาบาล (Integration and Strategic Methods of the Hospital)

- 4.1 สอดคล้องกับยุทธศาสตร์(S: Strategic) ของโรงพยาบาลที่ 3: PP & P Excellence
- 4.2 สอดคล้องกับเชิงมุ่ง(G:Goal) : Specific Functional Competency
- 4.3 KPI ที่ 13 บุคลากรวิชาชีพผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะเฉพาะด้าน (Specific Functional Competency)

5.0 ผู้รับผิดชอบ Responsible Persons

- 5.1 แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานการดูแลผู้ป่วยชาวต่างชาติ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในการบริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
- 5.2 แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี

6.0 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ Expected Benefits

- 6.1 ได้รับการต้อนรับที่ดี การบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย
- 6.2 ได้รับการดูแล และการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- 6.3 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และการปฏิบัติ
- 6.4 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และสิทธิต่างๆ

- 6.5 ได้รับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ฟังพอใจ ในการรับบริการ
- 6.6 ผู้ปฏิบัติงาน และผู้เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานยึดปฏิบัติเป็นแนวทางปฏิบัติ
- 6.7 คุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการได้มาตรฐาน

7.0 แนวทางปฏิบัติ (Guidelines)

- 7.1 เอกสารแนบ 1 : บทบาทหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.)
- 7.2 เอกสารแนบ 2 : ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ
- 7.3 เอกสารแนบ 3 : ขั้นตอนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย
- 7.4 เอกสารแนบ 4 : ขั้นตอนการดำเนินการส่งยาข้ามประเทศ
- 7.5 เอกสารแนบ 5 : แนวทางปฏิบัติการส่งผู้ป่วยต่างชาติมาประเมินค่ารักษาพยาบาล ในวัน เวลา ราชการ
- 7.6 เอกสารแนบ 6 : แนวทางปฏิบัติการส่งผู้ป่วยต่างชาติมาประเมินค่ารักษาพยาบาล นอก เวลาราชการ
- 7.7 เอกสารแนบ 7 : แนวทางปฏิบัติการส่งผู้ป่วยต่างชาติมาประเมินค่ารักษาพยาบาลในวันหยุด และวันหยุด
นักชดถุกซ์
- 7.8 เอกสารแนบ 8 : แนวทางปฏิบัติการส่งผู้ป่วยต่างชาติชำระค่ารักษาพยาบาลรายวัน และ วันจำหน่าย
- 7.9 เอกสารแนบ 9 : ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยกลับบ้านประเทศ
- 7.10 เอกสารแนบ 10 : แบบฟอร์มใบส่งตัว
- 7.11 เอกสารแนบ 11 : แบบฟอร์มใบส่งตัว(Referral SPSS)
- 7.12 เอกสารแนบ 12 : ขั้นตอนการดำเนินการ กรณีผู้ป่วยมีประกันชีวิต
- 7.13 เอกสารแนบ 13 : ขั้นตอนการดำเนินการ กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต
- 7.14 เอกสารแนบ 14 : ใบบันทึกความเข้าใจการวางเงินมัดจำ
- 7.15 เอกสารแนบ 15 : แบบบันทึกใบยินยอม/ไม่ยินยอมรักษาพยาบาล
- 7.16 เอกสารแนบ 16 : แบบบันทึกใบยินยอม/ไม่ยินยอมรักษาพยาบาล(ภาษาอังกฤษ)
- 7.17 เอกสารแนบ 17 : แบบบันทึกใบยินยอม/ไม่ยินยอมรักษาพยาบาล(ภาษากัมพูชา)
- 7.18 เอกสารแนบ 18 : แบบบันทึกใบยินยอม/ไม่ยินยอมรักษาพยาบาล(ภาษาลาว)
- 7.19 เอกสารแนบ 19 : แบบใบรับรองแพทย์(ภาษาอังกฤษ) กรณีผู้ป่วยใน
- 7.20 เอกสารแนบ 20 : แบบใบรับรองแพทย์(ภาษาอังกฤษ) กรณีผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
วิธีปฏิบัติงานที่ WI-NUR-SERV-0039
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการให้บริการผู้รับบริการชาวต่างชาติ

หน้า 6/37
วันที่ 1 ตุลาคม 2565
ฉบับที่ 4

-
- 7.21 เอกสารแนบ 21 : แนวทางการให้ข้อมูลแก่ญาติ / บุคคลอื่น ทางโทรศัพท์
 - 7.22 เอกสารแนบ 22 : ขั้นตอนปฏิบัติเมื่อเกิดข้อร้องเรียนกับผู้ป่วยชาวต่างชาติ
 - 7.23 เอกสารแนบ 23 : แนวทางการขอความช่วยเหลือล่ามจิตอาสา
 - 7.24 เอกสารแนบ 24 : ทำเนียบล่ามภาษากัมพูชา
 - 7.25 เอกสารแนบ 25 : ทำเนียบล่ามจิตอาสา
 - 7.26 เอกสารแนบ 26 : ทำเนียบรายชื่อบุคลากรที่สามารถสื่อสารภาษาต่างประเทศ
 - 7.27 เอกสารแนบ 27 : แผ่นพับคำแนะนำการมารับบริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ
 - 7.28 เอกสารแนบ 28 : แผ่นพับคำแนะนำการมารับบริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ (ภาษาอังกฤษ)

บทบาทหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ศบต.)

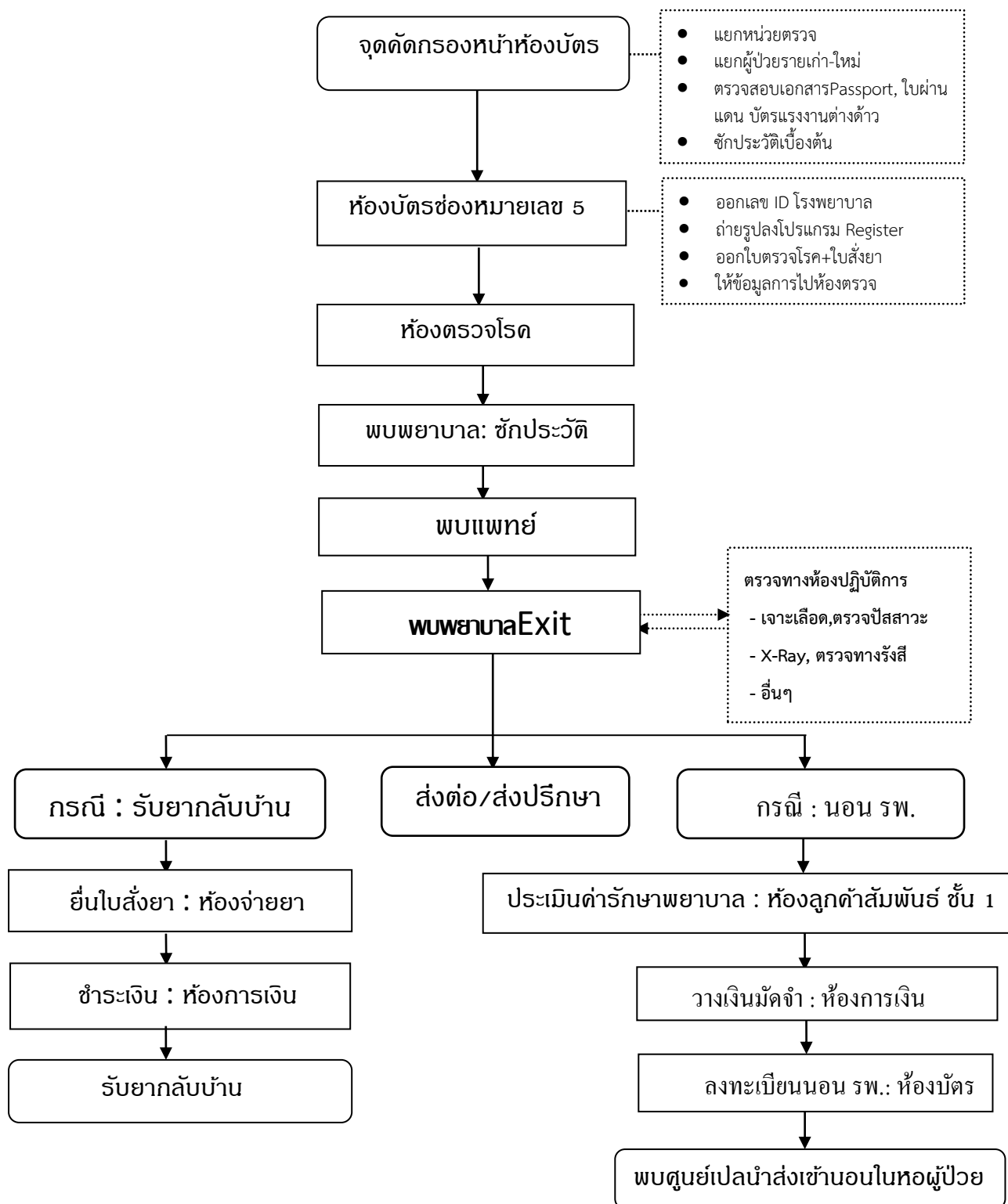
ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ

บทบาทหน้าที่

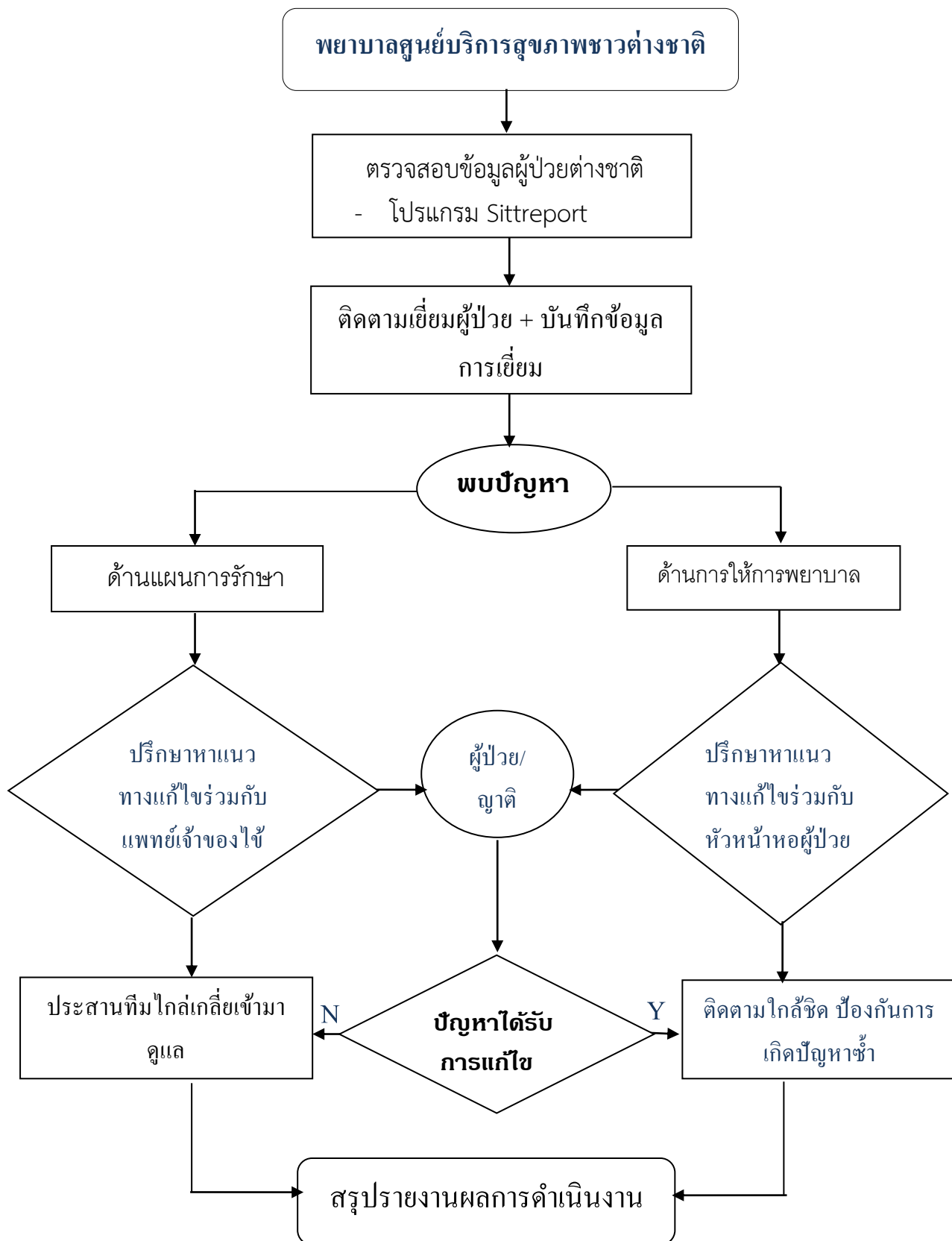
1. เป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขอาเซียนในโรงพยาบาล
2. เป็นศูนย์กลางประสานงานด้านสาธารณสุขอาเซียนและต่างประเทศภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล
 ๓. จัดวางระบบข้อมูลข่าวสารด้านการจัดการระบบบริการสุขภาพอาเซียน และพัฒนา จัดวางระบบข้อมูลข่าวสารด้านการจัดการระบบบริการสุขภาพอาเซียน และพัฒนา ระบบการจัดเก็บ ฐานข้อมูล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมรวบรวม รายงานผล ยอดผู้ป่วยต่างชาติส่ง ศูนย์ประสานงานเครือข่ายประชาคมอาเซียนด้านการสาธารณสุข(ศคอส.) จังหวัดทุกสิ้นเดือน
 4. กำหนดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานร่วมกับศูนย์ประสานงานเครือข่ายประชาคมอาเซียนด้านการสาธารณสุข(ศคอส.) จังหวัด ในด้านการบูรณาการ แผนงาน แผนงบประมาณ และ แผนปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้สอดคล้องรองรับบริบทงานสาธารณสุขอาเซียนและ ชายแดน
 5. ดำเนินการตามนโยบายการพัฒนา ศคอส.
 6. ให้คำแนะนำคนไข้ต่างชาติก่อนเข้านอนในโรงพยาบาลและตรวจเยี่ยม รับทราบ ปัญหา ให้การช่วยเหลือคนไข้ต่างชาติขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล
 7. ดำเนินการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยเรื้อรัง สป.ลาว ตามโครงการ”ระบบส่งยาระหว่างต่างประเทศ”
 8. พัฒนาระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยต่างชาติจากโรงพยาบาลตามแนวตะเข็บชายแดนและใกล้เคียง ให้มีคุณภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย
 9. ประสานญาติ / สถานทูต ในกรณีผู้ป่วยต่างชาติป่วยหนักและเสียชีวิต
 10. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายในการส่งผู้ป่วยกลับประเทศ
 11. บริหาร จัดการ ความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่างชาติ
 12. ร่วมเป็นทีมนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินกับ ศคอส. ระดับจังหวัด
 13. ตรวจสอบความถูกต้อง/ครบถ้วน สรุปรวบรวมข้อมูลบริการสุขภาพชาวต่างชาติของโรงพยาบาล
 14. สรุปรายงานผลการปฏิบัติงานตามภารกิจ แก่ผู้บริหาร และ ศคอส. จังหวัด
 15. เป็นสถานที่ศึกษาดูงาน และเป็นพี่เลี้ยงให้โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียงในเขต
 16. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมายในด้านการจัดการระบบสาธารณสุขอาเซียน

ขั้นตอนการให้บริการการดูแลผู้ป่วยต่างชาติ

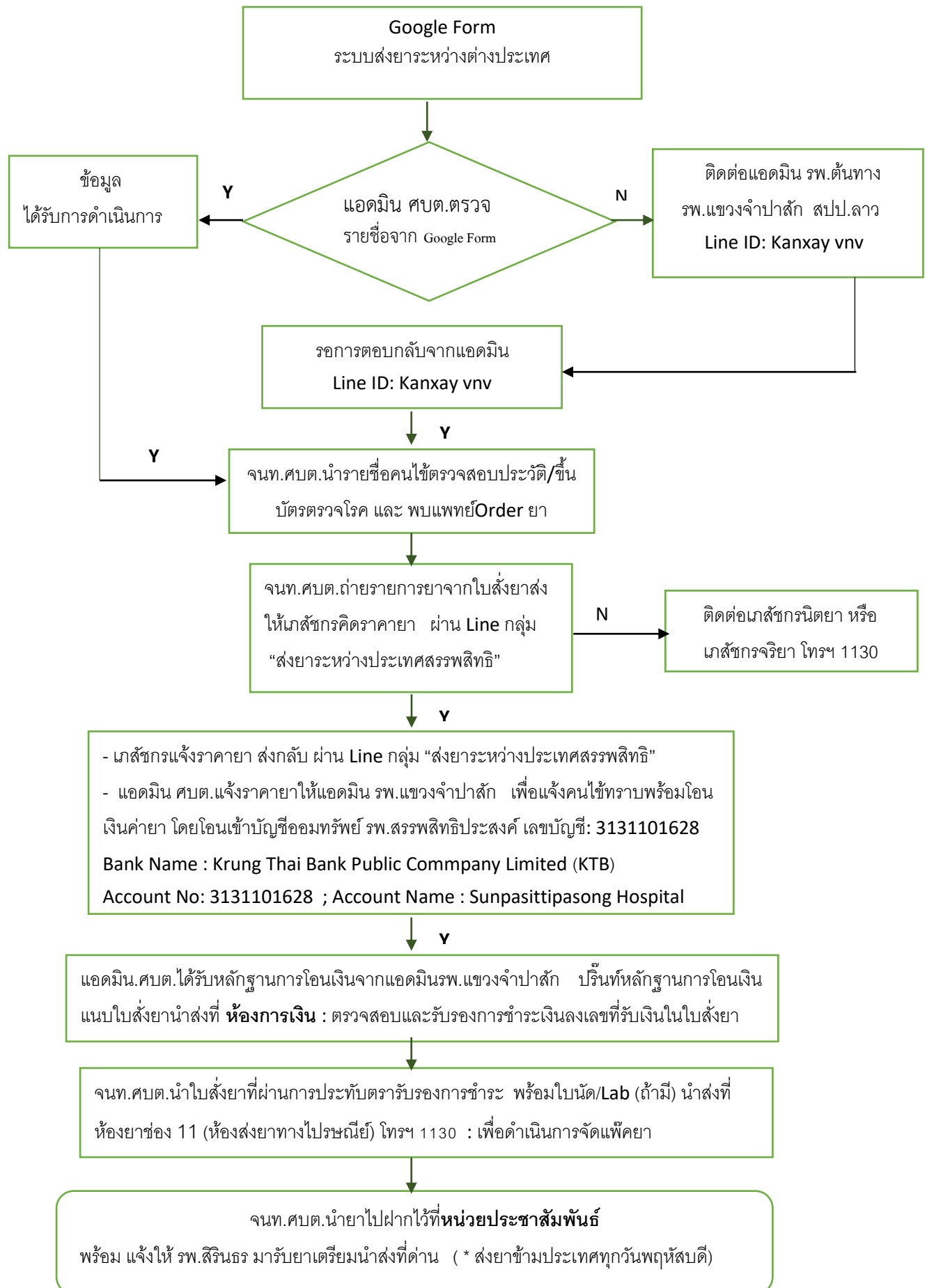
เมื่อท่านเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆดังต่อไปนี้



ขั้นตอนในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยชาวต่างชาติ

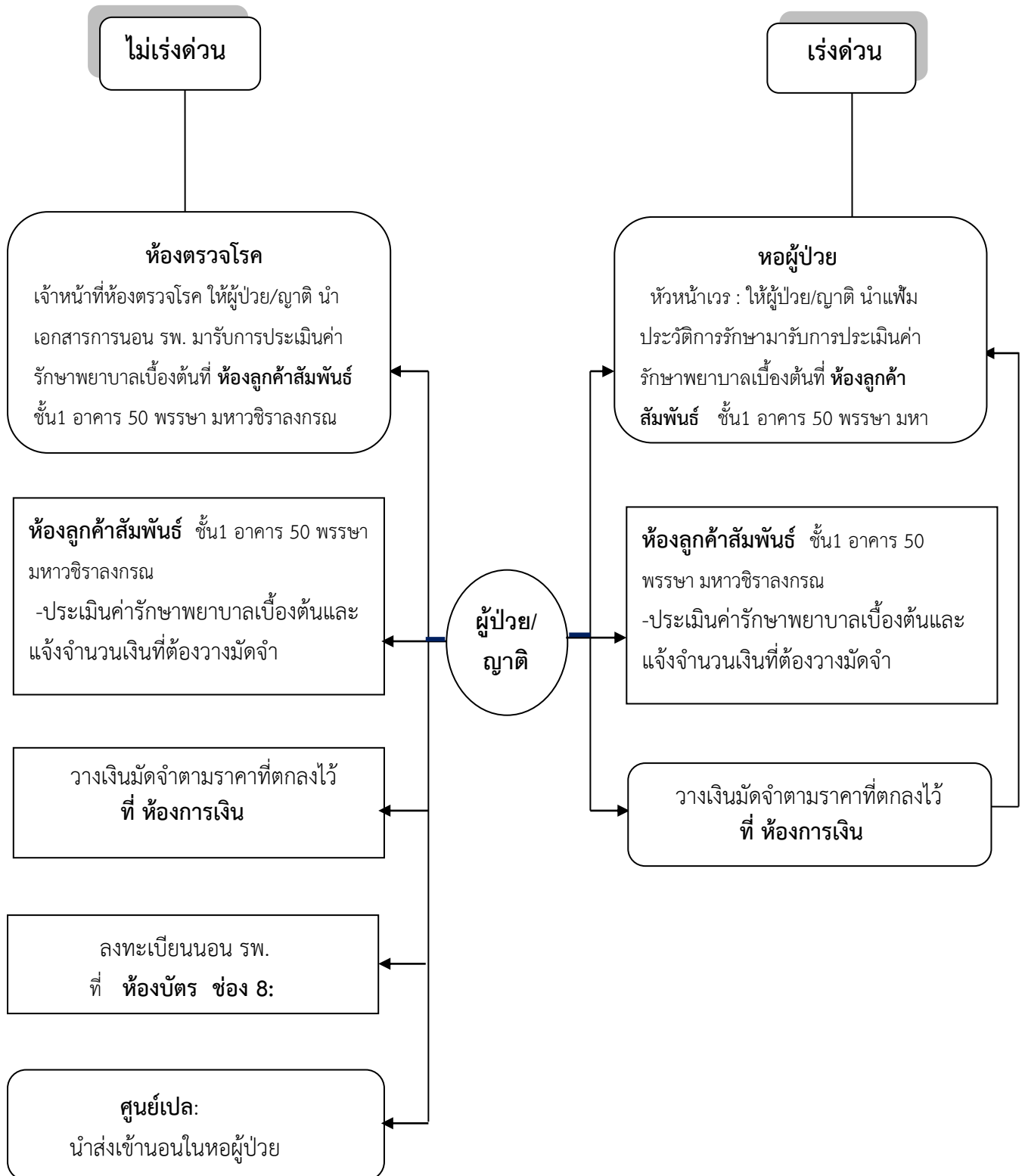


ขั้นตอนการดำเนินการจัดส่งยาข้ามประเทศ
ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ(ศบต.) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี



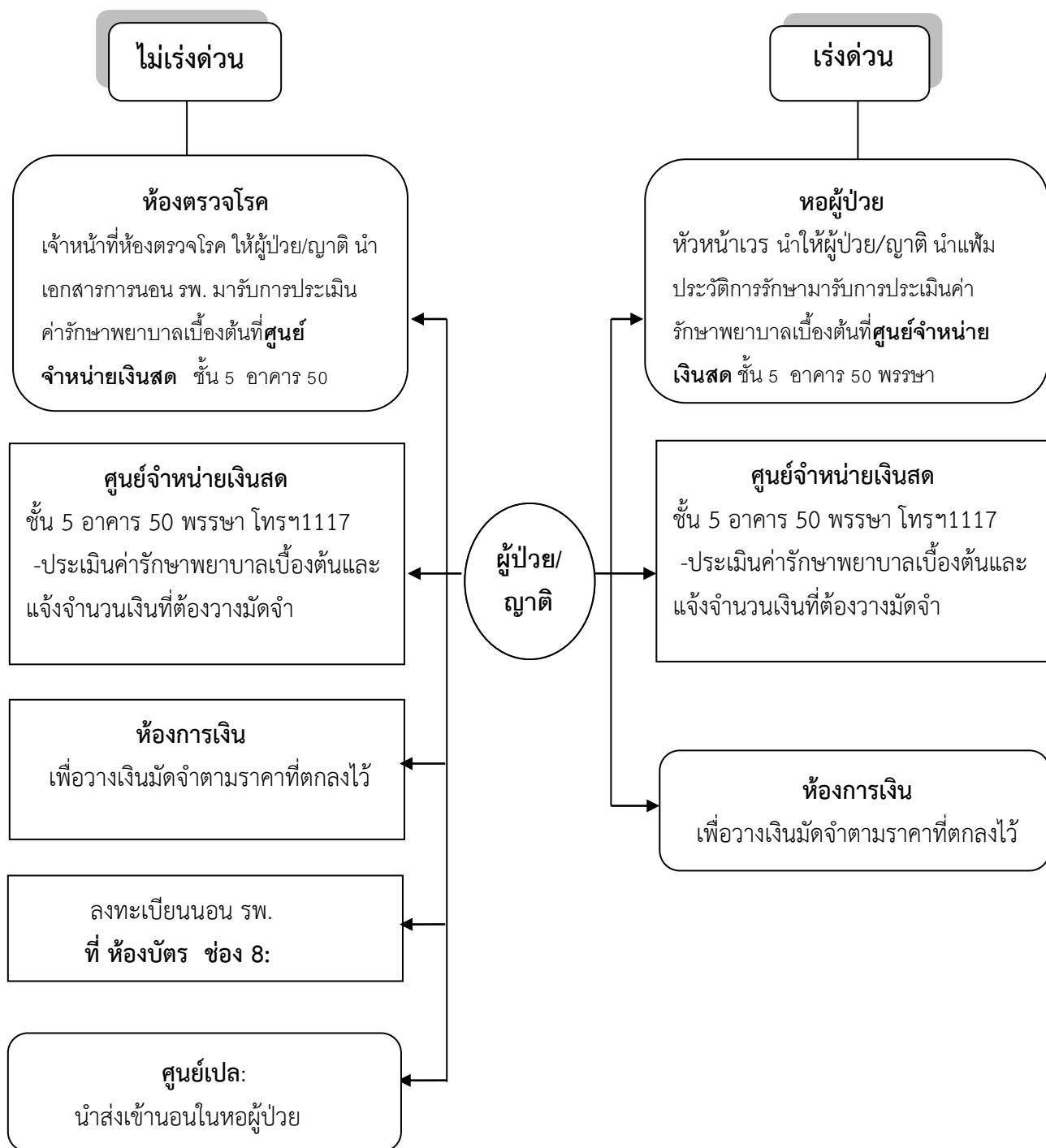
แนวทางปฏิบัติการส่งผู้ป่วยต่างชาติเพื่อประเมินค่ารักษาพยาบาลและวางเงินมัดจำ

ในวันราชการ 08.00-16.00 น.



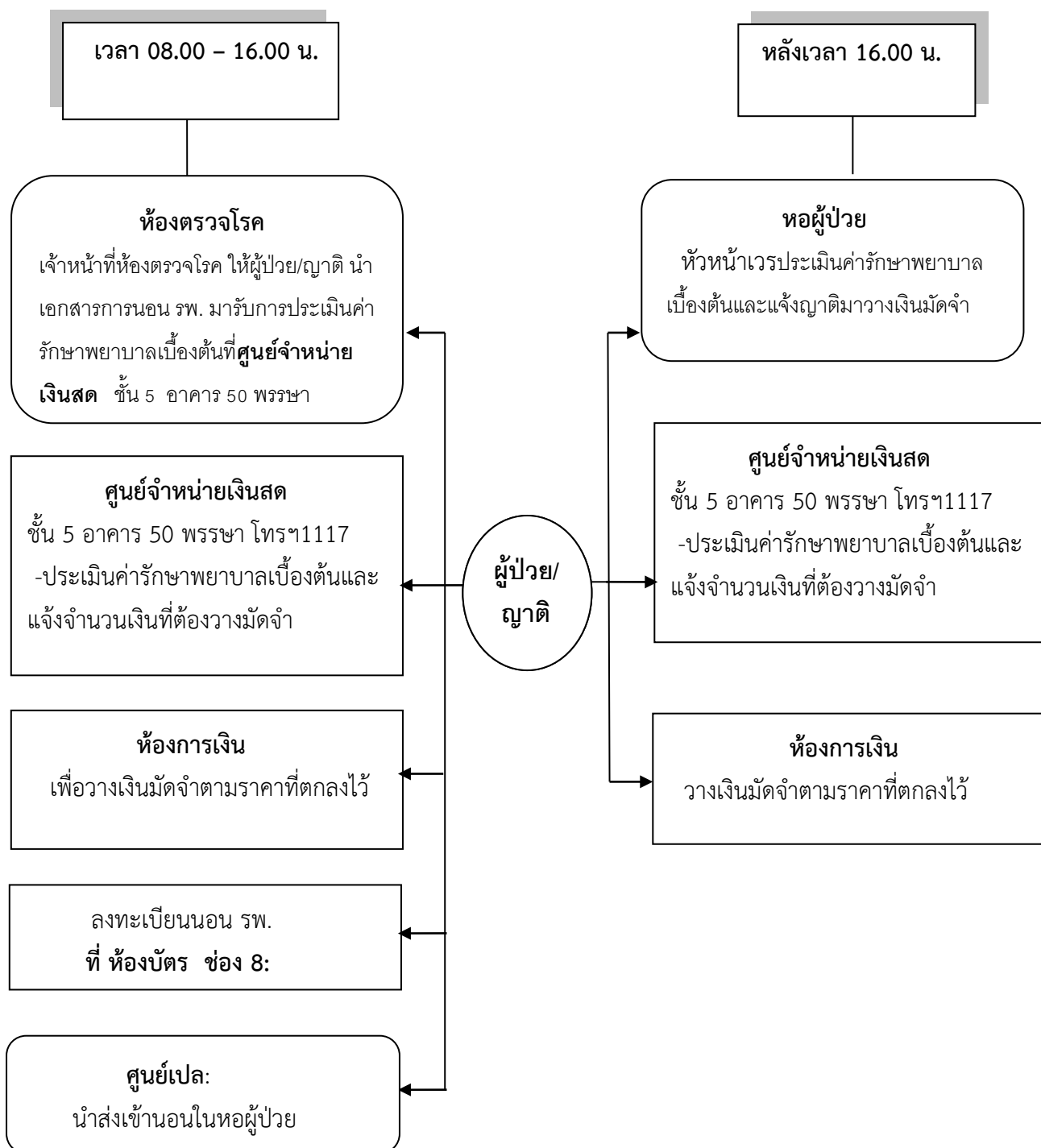
แนวทางปฏิบัติการส่งผู้ป่วยต่างชาติเพื่อประเมินค่ารักษาพยาบาล

นอกเวลาราชการ 16.00 – 19.00น



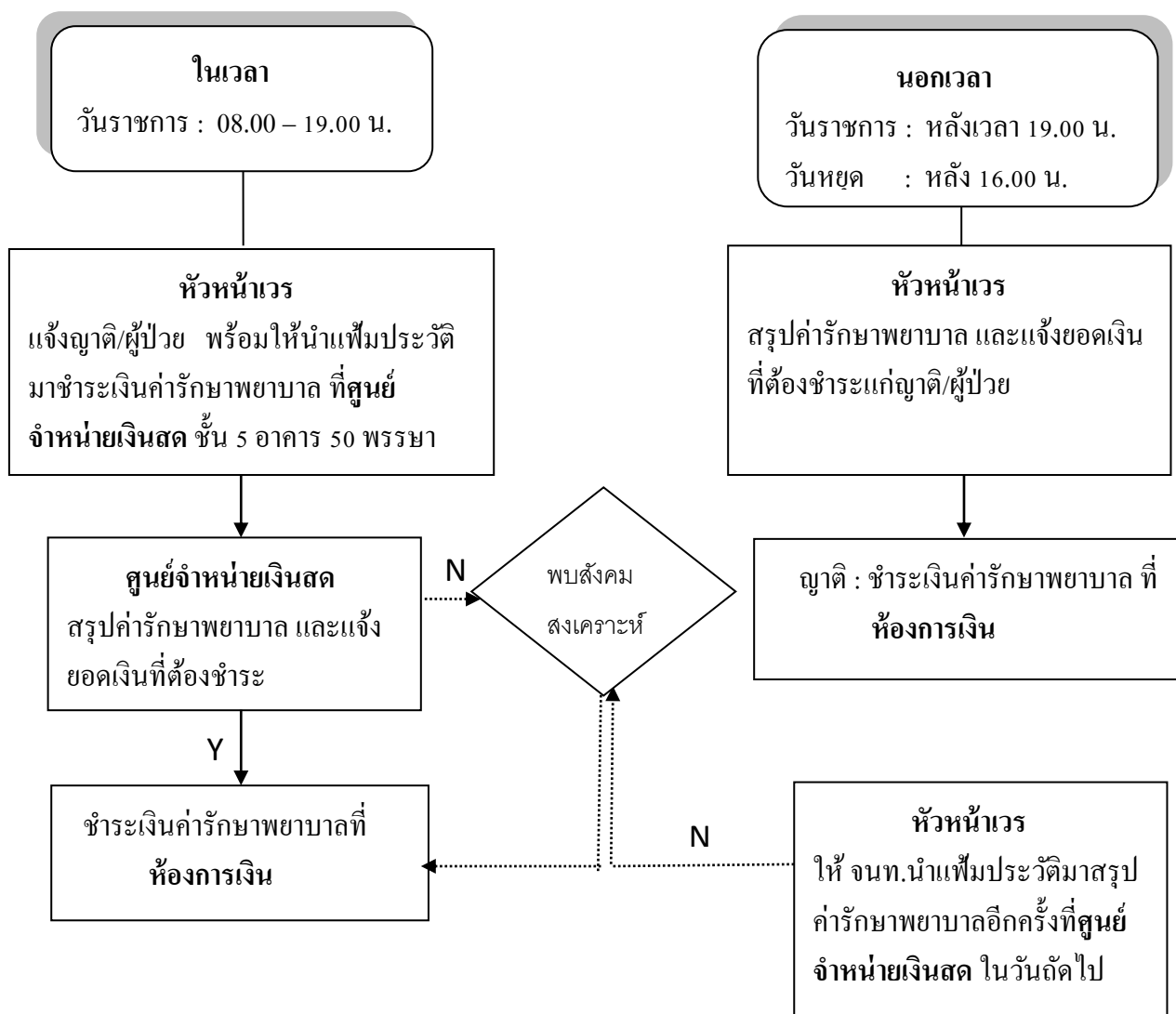
หมายเหตุ: กรณีมา Admit หลังเวลา 19.00 น. ทั้งฉุกเฉิน และไม่ฉุกเฉิน ให้หัวหน้าเวรประเมินค่ารักษาพยาบาลพร้อมแจ้งญาติมาชำระเงินมัดจำที่ห้องการเงินทันที

แนวทางปฏิบัติการส่งผู้ป่วยเพื่อประเมินค่ารักษาพยาบาล : ในวันหยุดราชการ
และวันหยุดนักขัตฤกษ์

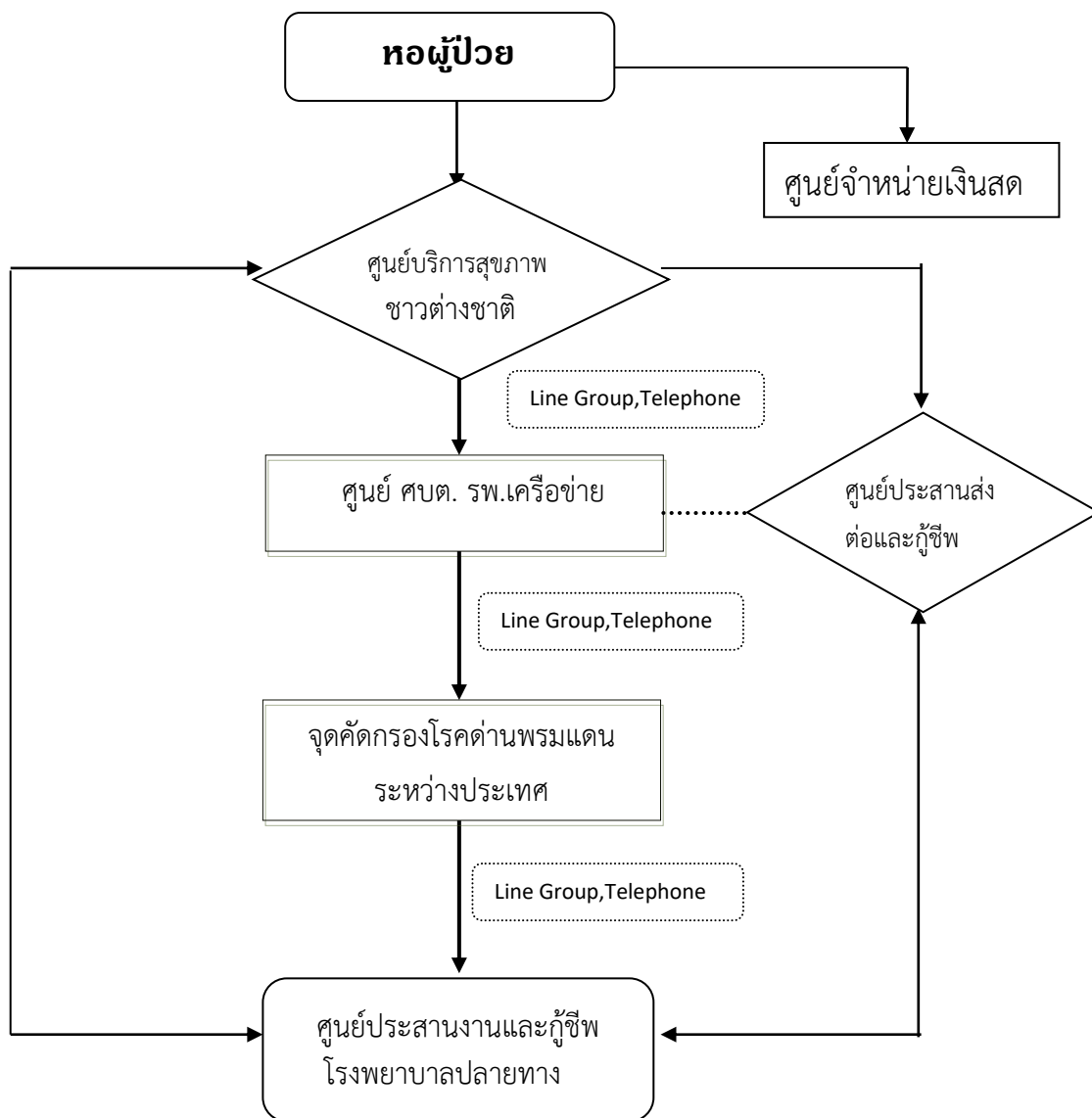


หมายเหตุ: กรณีมา Admit หลังเวลา 16.00 น. ทั้งถูกเงิน และไม่ถูกเงิน ให้หัวหน้าเวรประเมินค่ารักษาพยาบาล พร้อมแจ้งญาติมาชำระเงินมัดจำที่ห้องการเงินทันที

แนวทางปฏิบัติการส่งผู้ป่วยต่างชาติชำระค่ารักษาพยาบาลรายวันและวันจำหน่าย



ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยกลับบ้าน/รักษาต่อ



* ในการเขียนใบส่งตัวกลับ จะใช้แบบฟอร์ม PATIENT REFERRAL FORM FROM SUNPASITTIPRASONG HOSPITAL **

แบบฟอร์มหนังสือส่งตัว (Referral SPSS)

แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ

เลขที่..... / วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

จาก..... (โทรศัพท์.....)

ถึง.....

พร้อมหนังสือนี้ขอส่งผู้ป่วยชื่อ..... เพศ.....

อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง คือ..... มาเพื่อโปรด:-

 รับไว้รักษาต่อ
 ตรวจชั้นสูตร
 คุ่มไว้มังเกิด
 ขอทราบผล

๑. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว.....

๒. ประวัติการป่วยปัจจุบัน.....

๓. ผลการตรวจชั้นสูตรทางห้องทดลองที่สำคัญ.....

๔. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น.....

๕. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

๖. สาเหตุที่ส่ง.....

๗. รายละเอียดอื่น ๆ.....

(ถ้าเป็นโรคติดต่อ แจงความแล้ว ยังไม่ได้แจ้ง)

(ลงชื่อ)

..... / /

แบบฟอร์มหนังสือส่งตัว (Referral SPSS)



PATIENT REFERRAL FROM SUNPASITTIPRASONG HOSPITAL

Referral Date.....

To (Name of receiving hospital).....

Type of Patient (Please check) TB HIV Other.....

Patient Information.....

Patient's Name.....Age..... Gender Female Male

Date of Birth ___/___/___ Occupation.....HN.....AN.....

Address and contact information (Please specify)

Myanmar/Lao PDR/Cambodia.....Township/District..... Province (Thailand).....District.....

Thai Phone number :.....Alternate Phone Number

Chief of Complain.....

Present illness.....

.....

Physical examination.....

.....

.....

Diagnosis

Treatment and Current Medication.....

.....

.....

Plan of managements.....

.....

Additional information.....Referral Request (Briefly describe the reasons for referral)

Referral for the following procedure(s):

Others.....

Physician Signature.....

(Referring hospital) Phone

If you have questions about this referral, please contact.....Phone.....

Acceptance Form Receiving HospitalH.N.....

Patient's Name.....Age.....Sex.....

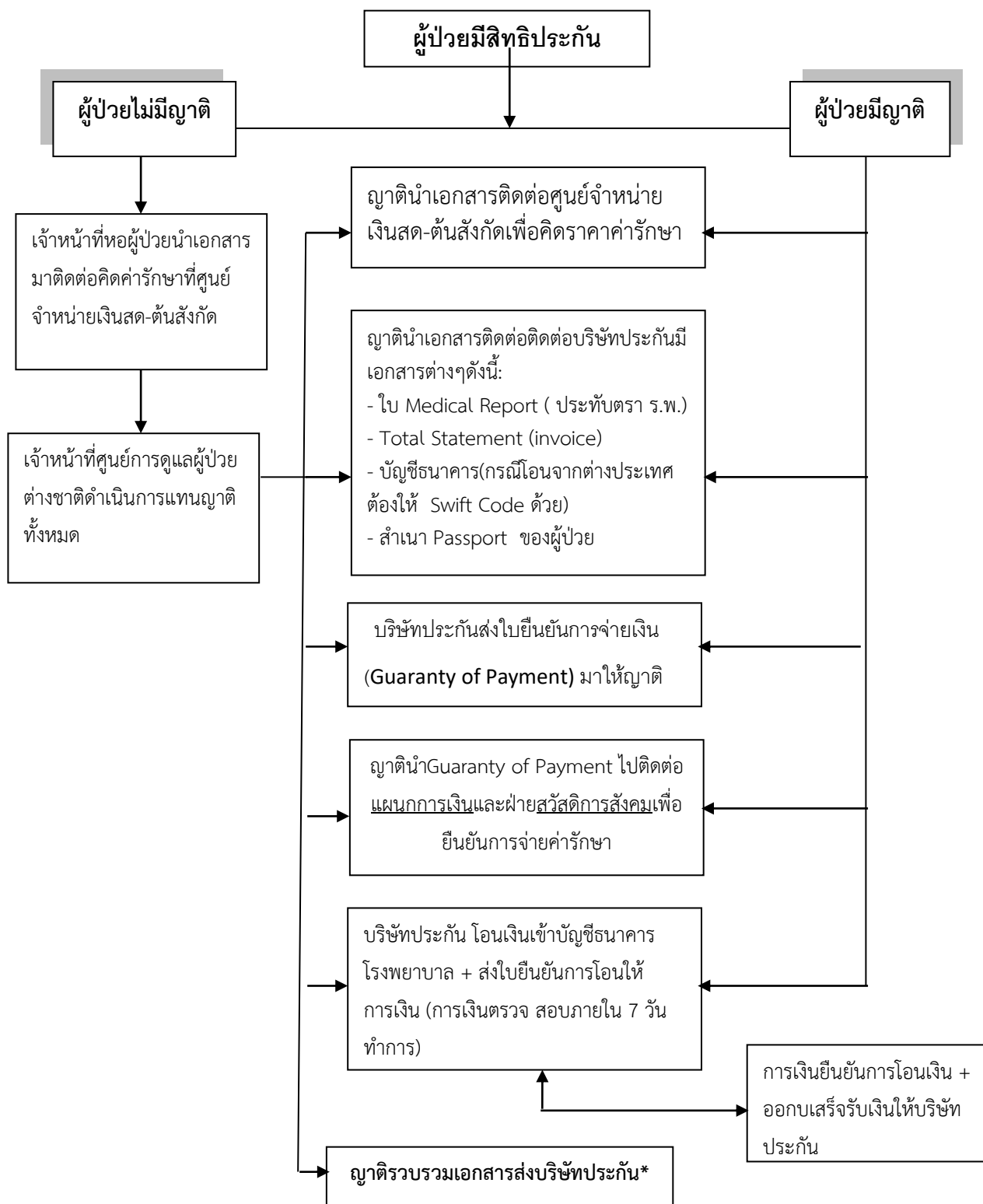
Date of acceptance.....

Note.....

Physician Signature

Date ___/___/___

ขั้นตอนการดำเนินการ ในกรณีผู้ป่วยต่างชาติมีประกันชีวิต



หมายเหตุ : กรณีไม่มีญาติการส่งเอกสารเป็นส่วนของแผนกการเงินและบัญชีเป็นผู้ดำเนินการออกหนังสือทางราชการเพื่อแนบส่งบริษัทประกัน โดยทางเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่างชาติเป็นผู้รวบรวมเอกสารให้.

ใบบันทึกความเข้าใจการวางเงินมัดจำ



บันทึกความเข้าใจแนวทางการวางเงินมัดจำคำรักษาพยาบาล

ศูนย์จำหน่ายเงินสด – ต้นสังกัด

กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บันทึกความเข้าใจแนวทางการวางเงินมัดจำคำรักษาพยาบาล ฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นการรับประกันความเข้าใจในแนวทางและเงื่อนไขต่างๆ ในการวางเงินมัดจำคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี การวางเงินมัดจำจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยต่างชาติต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ในกรณีต่อไปนี้

1. กรณีผู้ป่วยต่างชาติที่แพทย์ได้พิจารณาแล้วว่า การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ฉุกเฉินเร่งด่วน หรือไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต
2. กรณีที่แพทย์ได้พิจารณาแล้วว่า ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการผ่าตัดหรือการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
3. การวางเงินมัดจำในทุกกรณี ผู้ป่วยหรือญาติจะไม่สามารถรับเงินมัดจำทั้งหมด หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของเงินที่วางมัดจำได้ จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
4. เจ้าหน้าที่การเงินออกใบสำคัญการวางเงินมัดจำ (ใบเสร็จสีเขียว ห้ามทำหาย)
5. ผู้ป่วยหรือญาติต้องมาติดตามคิดราคาค่ารักษาพยาบาล ณ ศูนย์จำหน่ายเงินสด – ต้นสังกัด ที่ ตึก 3 ชั้น 1 ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ (กรณีไม่มีญาติและผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยดำเนินการแทน)
6. ค่ารักษาที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน จะถูกหักออกจากเงินมัดจำตามจำนวนที่เกิดขึ้นจริง
7. กรณีคำรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น หากเกินเงินมัดจำไว้ ต้องชำระเงินเพิ่ม

กรณีการโอนเงินมัดจำเข้าบัญชีโรงพยาบาล

1. ผู้ทำการ โอนต้องส่งใบยืนยันการโอนเงินมาให้โรงพยาบาล
2. แผนกการเงินและบัญชีใช้เวลาในการตรวจสอบและยืนยันการโอนเงินภายใน 7 วันทำการ

การรับคืนเงินมัดจำ

ผู้ป่วย หรือญาติต้องเตรียมเอกสารดังต่อไปนี้เพื่อมาติดต่อรับคืนเงินมัดจำ

1. ใบสำคัญการวางเงินมัดจำ (ใบเสร็จสีเขียว)
2. หนังสือผ่านแดน / ใบผ่านแดน หรือเอกสารสำคัญเกี่ยวกับการเข้ามารักษา
3. กรณีใบสำคัญการวางเงินมัดจำสูญหาย ผู้ป่วยหรือญาติต้องได้แจ้งความที่สถานีตำรวจ และนำใบแจ้งความไปติดต่อแผนกการเงินและบัญชี ที่ตึก 50 พรรษาชั้น 5 เพื่อนำใบรับรองจากแผนกการเงินและบัญชีมายืนยันกับเจ้าหน้าที่การเงิน ที่ตึก 3 ชั้น 1 ในเวลาราชการเท่านั้น

ข้าพเจ้า นาย/น.ส./นาง.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เกี่ยวข้องเป็น กับผู้ป่วย ชื่อ.....นามสกุล.....HN.....

ได้เข้าใจและรับทราบถึงแนวทางการวางเงินมัดจำคำรักษาพยาบาลที่ระบุไว้ในบันทึกความเข้าใจฉบับนี้แล้ว

ลงนามเจ้าหน้าที่ศูนย์จำหน่ายเงินสด-ต้นสังกัด

ลงนามผู้รับการให้คำแนะนำ

.....

.....

(.....)

(.....)

ใบยินยอมและไม่ยินยอมให้ทำการรักษา(ภาษาไทย)

<p>รับทราบข้อมูลและยินยอมให้ทำการรักษา และหรือทำการผ่าตัด/หัตถการ เขียนที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ เดือน พ.ศ.</p>		
<p>ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> (ชื่อ) ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> (ชื่อ) ผู้แทนผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องเป็น ของ (ชื่อ) ผู้ป่วย ได้รับทราบข้อมูล และยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ ทำการรักษา และหรือทำการผ่าตัด/หัตถการ (ระบุ) เพื่อวินิจฉัย รักษา ส่งเสริม ป้องกัน และกสรฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ เช่น เหตุผลความจำเป็นในการรับการรักษา การทำผ่าตัด/ หัตถการ แผนการรักษาพยาบาล ทางเลือก ข้อดีข้อเสีย ในการใช้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารเข้าร่างกาย ระยะเวลาในการ รักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้อธิบายและข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเข้าใจ โดยตลอดแล้ว จึงลง ลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือให้เป็นหลักฐาน</p> <p>ลงชื่อ (ผู้ให้ความยินยอม) ลงชื่อ (พยานฝ่ายผู้ป่วย) มีความเกี่ยวข้องเป็น ลงชื่อ (ตำแหน่ง) (ผู้ให้ข้อมูล) ลงชื่อ (ตำแหน่ง) (พยาน ฝ่ายเจ้าหน้าที่)</p> <p>หมายเหตุ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมาคนเดียว <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว/สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์</p>		
<p>รับทราบข้อมูลและไม่ยินยอมให้ทำการรักษา และหรือทำการผ่าตัด/หัตถการ เขียนที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ เดือน พ.ศ.</p>		
<p>ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> (ชื่อ) ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> (ชื่อ) ผู้แทนผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องเป็น ของ (ชื่อ) ผู้ป่วย ได้รับทราบข้อมูล เหตุผลความจำเป็นในการรับการรักษา การทำผ่าตัด/ หัตถการ แผนการรักษาพยาบาล ทางเลือก ข้อดีข้อเสีย ในการใช้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารเข้าร่างกาย ระยะเวลาในการ รักษา ผลการรักษา ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น แต่ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ ทำการรักษาและหรือทำการผ่าตัด/หัตถการ (ระบุ) หากบังเกิดผลเสียหรืออันตรายอย่างใดขึ้นแก่ข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้น และไม่อยู่ในความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ และส่วนราชการเจ้าสังกัดของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ แต่ประการใด จึงลงลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือให้เป็นหลักฐาน</p> <p>ลงชื่อ (ผู้ให้ความยินยอม) ลงชื่อ (พยานฝ่ายผู้ป่วย) มีความเกี่ยวข้องเป็น ลงชื่อ (ตำแหน่ง) (ผู้ให้ข้อมูล) ลงชื่อ (ตำแหน่ง) (พยาน ฝ่ายเจ้าหน้าที่)</p> <p>หมายเหตุ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมาคนเดียว <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว/สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์</p>		
NAME OF PATIENT	AGE	HN.
DEPARTMENT OF SERVICE	WARD	ATTENDING PHYSICIAN

ใบเซ็นยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการรักษา

ปรับปรุงครั้งที่ 1 พฤศจิกายน 2552

ใบยินยอมและไม่ยินยอมให้ทำการรักษา(ภาษาอังกฤษ)

รพ.๑ ต.๑๓ / ๒ Foreign ๑

Personal Information, Medical Services and/or Surgery Consent Form

Written at Sunpasitthiprasong Hospital

Date _____ Month _____ Year _____

“I” (Patient Name) _____

(Patient Representative Name) _____ Relationship to the Patient _____

Patient Name: _____ understands all information and **CONSENT** for Sunpasitthiprasong Hospital personnel to perform all needed medical services and/or any surgical procedures.

(Specifically): _____ in order to discover, care for, promote, prevent and all needed procedures to facilitate patient recovery including mental health, all reasonable treatments, surgical procedures, and all nursing care plans in order to choose the best procedures for the administration of anesthesia. This includes all medicinal injections while being cared for regardless of outcome, risks or complications that may arise.

Sunpasitthiprasong Hospital personnel have explained and I have read all this information and understand it in full leading to my signing or rendering my fingerprint on this form as proof thereof.

Signed: _____ (Consenting Party)

Signed: _____ (Patient Witness) Relationship: _____

Signed: _____ (Title of Informing Official) _____

Signed: _____ (Title of Witness for Informing Official) _____

Note: Patient came into hospital alone. Patient was unconscious or not lucid upon arrival.

Personal Information, Medical Services and/or Surgery Non-Consent Form

Written at Sunpasitthiprasong Hospital

Date _____ Month _____ Year _____

“I” (Patient Name) _____

(Patient Representative Name) _____ Relationship to the Patient _____

Patient Name: _____ understands all information, reasons and needs concerning treatments, surgical procedures, nursing care plans in order to discover the best care for and in order to choose the best procedures for the administration of anesthesia. This includes all medicinal injections while being cared for regardless of outcome, risks or complications that may arise. But, I **DO NOT CONSENT** to allowing Sunpasitthiprasong Hospital personnel to perform any care, surgical procedures.

(Specifically): _____.

And if any adverse or dangerous consequences arise regardless of type in my life, I accept those circumstances and understand that there is no liability or responsibility on the behalf of personnel or any other government officials of Sunpasitthiprasong Hospital.

Signing my name or rendering my fingerprint on this form as proof thereof.

Signed: _____ (Non-Consenting Party)

Signed: _____ (Patient Witness) Relationship: _____

Signed: _____ (Title of Informing Official) _____

Signed: _____ (Title of Witness for Informing Official) _____

Note: Patient came into hospital alone. Patient was unconscious or not lucid upon arrival.

NAME OF PATIENT: _____ AGE: _____ HN: _____

DEPARTMENT OF SERVICE: _____ WARD: _____ ATTENDING PHYSICIAN _____

ใบยินยอมและไม่ยินยอมให้ทำการรักษา(ภาษากัมพูชา)

រប.១ ៧.០៣ / ២ Foreign ៣

ទទួលបានលក្ខខណ្ឌនិងព្រមទទួលទិញធ្វើការព្យាបាលធ្វើការវះកាត់
ធ្វើឡើងនៅមន្ទីរពេទ្យសាច់ប្រះសិតធិប្រះសុន

ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ.....

ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំឈ្មោះ..... ជាអ្នកជំងឺ
 ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំឈ្មោះ..... ជាតំណាងអ្នកជំងឺដែលត្រូវជា.....

របស់អ្នកជំងឺឈ្មោះ..... បានទទួលស្គាល់និងយល់ព្រមធ្វើការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យសាច់ប្រះសិតធិប្រះសុន
 និងព្រមទទួលការវះកាត់/ប្រតិបត្តិ(បញ្ជាក់)..... ដើម្បីវិនិច្ឆ័យព្យាបាល លើកកម្ពស់
 ការពារនិងស្តារសភាពរាងកាយ ចិត្តគំនិត ដូចជា ហេតុផលចាំបាច់ក្នុងការទទួលការព្យាបាល ធ្វើការវះកាត់ផែនការវែងឆ្នាំ ធុរ្យសី គុណសម្បត្តិគុណវិបត្តិក្នុងការប្រើ
 ប្រាស់នៃការថ្លាសន្លប់ ឬការចាក់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺផ្សេងៗ ចូលទៅក្នុងរាងកាយរបស់ខ្លួននៃការព្យាបាល លទ្ធផល នៃការព្យាបាល ហានិភ័យ ផលវិបាកដែលអាចកើតមានឡើង។
 ដូចនេះ ភ្នាក់ងាររបស់មន្ទីរពេទ្យសាច់ប្រះសិតធិប្រះសុនបានអធិបាយ និង ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំបានអានយល់នៃលក្ខខណ្ឌហត្ថលេខាទម្រង់ប្រមូលនិយមន័យ
 ទុកជាភស្តុ តាង

ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំឈ្មោះ..... (អ្នកឱ្យការយល់ព្រម)
 ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំឈ្មោះ..... (សាក្សីអ្នកជំងឺ)ត្រូវជា.....
 ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំឈ្មោះ..... (សាក្សីអ្នកជំងឺ)ត្រូវជារបស់អ្នកជំងឺ..... (អ្នកផ្តល់ព័ត៌មាន)
 ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំឈ្មោះ..... (មុខងារ)ត្រូវជា..... (សាក្សីភ្នាក់ងារបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ)

ចំណាំ អ្នកជំងឺមកម្នាក់ឯង អ្នកជំងឺមិនដឹងខ្លួន/មិនស៊ាំមិនពេញលេញ

ទទួលបានលក្ខខណ្ឌនិងព្រមទទួលទិញធ្វើការព្យាបាលធ្វើការវះកាត់
ធ្វើឡើងនៅមន្ទីរពេទ្យសាច់ប្រះសិតធិប្រះសុន

ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ.....

ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំឈ្មោះ..... ជាអ្នកជំងឺ
 ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំឈ្មោះ..... ជាតំណាងអ្នកជំងឺដែលត្រូវជា.....

របស់អ្នកជំងឺឈ្មោះ..... បានទទួលបានលក្ខខណ្ឌ និងហេតុផលចាំបាច់ក្នុងការទទួលការព្យាបាល និងធ្វើ
 ប្រតិបត្តិ កាត់ផែនការវែងឆ្នាំ ធុរ្យសី គុណសម្បត្តិគុណវិបត្តិក្នុងការប្រើប្រាស់នៃការថ្លាសន្លប់ ឬការចាក់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺផ្សេងៗ ចូលទៅក្នុងរាងកាយរបស់ខ្លួននៃការ
 ព្យាបាល លទ្ធផល នៃការព្យាបាល ហានិភ័យ ផលវិបាកដែលអាចកើតមានឡើង តែខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំមិនស្របចំព្រមទទួលទិញធ្វើការវះកាត់របស់មន្ទីរពេទ្យសាច់ប្រះសិតធិប្រះសុនធ្វើ
 ការព្យាបាល ផ្ទះកាត់/ប្រតិបត្តិ(បញ្ជាក់) ដូចនេះប្រសិនបើមានករណីខូចខាត
 ឬគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងៗដោយប្រការណាមួយដល់ ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំព្រមទទួលផលដែលកើតមានឡើង និងមិនមានការទទួលខុសត្រូវដល់ភ្នាក់ងារណាមួយរបស់មន្ទីរពេទ្យសាច់ប្រះ
 សិតធិប្រះសុនឡើយ។

ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំឈ្មោះ..... (អ្នកឱ្យការយល់ព្រម)
 ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំឈ្មោះ..... (សាក្សីអ្នកជំងឺ)ត្រូវជា.....
 ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំឈ្មោះ..... (មុខងារ)ត្រូវជា..... (អ្នកផ្តល់ព័ត៌មាន)
 ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំឈ្មោះ..... (មុខងារ)ត្រូវជា..... (សាក្សីភ្នាក់ងារបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ)

ចំណាំ អ្នកជំងឺមកម្នាក់ឯង អ្នកជំងឺមិនដឹងខ្លួន/មិនស៊ាំមិនពេញលេញ

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	អាជ្ញ	លេខកូដ
ភ្នាក់ងារបំប៉នសាក្សី	អគារ	គ្រូពេទ្យទទួលព្យាបាល

ប្រើប្រាស់ ចំនួន ២៥៥៥

ໃບຍິນຍອມແລະໄມ່ຍິນຍອມໃຫ້ທຳການຮັກສາ(ພາສາລາວ)

ຮປ.໑ ຫ.໐໓ / ໒ Forien ໒

ຮັບຮູ້ຂໍ້ມູນແລະຍິນຍອມໃຫ້ລົງມືປິ່ນປົວແລະຫຼືໃຫ້ລົງມືຜ່າຕັດເຮັດຫັດຖະການ
ຂຽນທີ່ ໂຮງໝໍສັນພະສິດທິປະສົງ
ວັນທີ..... ເດືອນ..... ພ.ສ.

ຂ້າພະເຈົ້າ (ຊື່)..... ຄົນເຈັບ
 (ຊື່)..... ຜູ້ແທນຄົນເຈັບ ມີຄວາມສຳພັນເປັນ..... ຂອງ
 (ຊື່)..... ຄົນເຈັບ ໄດ້ຮັບຮູ້ຂໍ້ມູນ ແລະຍິນຍອມໃຫ້ເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງໂຮງໝໍສັນພະສິດທິປະສົງ ລົງມື ປິ່ນປົວ
 ແລະຫຼືລົງມືຜ່າຕັດ/ເຮັດຫັດຖະການ (ຊື່ແຈງ)

ເພື່ອບຸ້ງມະຕິພະຍາດ ປິ່ນປົວ ສົ່ງເສີມ ປ້ອງກັນ ແລະການເພີ່ນຜູ້ສະພາບຮ່າງກາຍຈິດໃຈ ເຊັ່ນ ເຫດຜົນຄວາມຈຳເປັນໃນ
 ການປິ່ນປົວ ການຜ່າ ຕັດ/ເຮັດຫັດຖະການ ແຜນການໃຫ້ການບົວລະບັດທາງດ້ານການພະຍາບານ ທາງເລືອກ ຂີ້ຕີ ຂີ້ຕ້ອຍ
 ໃນການນຳໃຊ້ຢາ ລະງັບຄວາມຮູ້ສຶກຕ່າງໆ ການສັກຢາຫຼືສານຕ່າງໆເຂົ້າຮ່າງກາຍ ໄລຍະເວລາໃນການປິ່ນປົວ ຜົນການປິ່ນປົວ
 ຄວາມສ່ຽງ ອາການສົນທິອາດເກີດຂຶ້ນ
 ເຈົ້າໜ້າທີ່ຂອງໂຮງໝໍສັນພະສິດທິປະສົງ ໄດ້ອະທິບາຍແລະຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານເນື້ອໃນ ແລະໄດ້ເຂົ້າໃຈຢ່າງ
 ທ່ອງແທ້ແລ້ວ
 ຈົ່ງລົງລາຍເຊັນ ຫຼືລາຍເພີ່ມນິ້ວມືໃຫ້ເປັນຫຼັກຖານ

ລາຍເຊັນ (ຜູ້ໃຫ້ການຍິນຍອມ)
 ລາຍເຊັນ (ພະຍານຝ່າຍຄົນເຈັບ) ມີຄວາມສຳພັນເປັນ.....
 ລາຍເຊັນ (ຕຳແໜ່ງ) (ຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນ)
 ລາຍເຊັນ (ຕຳແໜ່ງ) (ພະຍານຝ່າຍເຈົ້າໜ້າທີ່)

ໝາຍເຫດ ຄົນເຈັບມາຄົນດຽວ ຄົນເຈັບຫມົດສະຕິ/ສະຕິບັນຍາບໍ່ສົມບູນ

ຮັບຮູ້ຂໍ້ມູນແລະບໍ່ຍິນຍອມໃຫ້ລົງມືປິ່ນປົວແລະຫຼືໃຫ້ລົງມືຜ່າຕັດເຮັດຫັດຖະການ
ຂຽນທີ່ ໂຮງໝໍສັນພະສິດທິປະສົງ
ວັນທີ..... ເດືອນ..... ພ.ສ.

ຂ້າພະເຈົ້າ (ຊື່)..... ຄົນເຈັບ
 (ຊື່)..... ຜູ້ແທນຄົນເຈັບ ມີຄວາມສຳພັນເປັນ..... ຂອງ
 (ຊື່)..... ຄົນເຈັບ ໄດ້ຮັບຮູ້ຂໍ້ມູນ ເຫດຜົນຄວາມຈຳເປັນໃນການປິ່ນປົວ ການຜ່າ ຕັດ/ເຮັດຫັດຖະ ການ
 ແຜນການໃຫ້ການບົວລະບັດທາງດ້ານການພະຍາບານ ທາງເລືອກ ຂີ້ຕີ ຂີ້ຕ້ອຍ ໃນການນຳໃຊ້ຢາ ລະງັບຄວາມຮູ້ສຶກຕ່າງໆ
 ການສັກຢາຫຼື ສານຕ່າງໆເຂົ້າຮ່າງກາຍ ໄລຍະເວລາໃນການປິ່ນປົວ ຜົນການປິ່ນປົວ ຄວາມສ່ຽງ ອາການສົນທິອາດເກີດຂຶ້ນ
 ແຕ່ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຍິນຍອມໃຫ້ເຈົ້າ ໜ້າທີ່ ຂອງໂຮງໝໍສັນພະສິດທິປະສົງ ລົງມືປິ່ນປົວ ແລະຫຼືລົງມືຜ່າຕັດ/ເຮັດຫັດຖະການ (ຊື່
 ແຈງ)

ຫາກເກີດມີຜົນເສຍຫາຍຫຼືອັນຕະລາຍຢ່າງໃດຂຶ້ນແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ ຂ້າພະເຈົ້າຍອມຮັບຜົນທີ່ເກີດຂຶ້ນ ແລະບໍ່ໃຫ້ຢູ່ໃນສ່ວນຮັບຜິດ
 ຊອບຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ແລະສ່ວນລາດຊະການຂັ້ນເທິງທີ່ໂຮງໝໍສັນພະສິດທິປະສົງສັງກັດຢູ່ ທົ່ງສິນ
 ຈົ່ງລົງລາຍເຊັນ ຫຼືລາຍເພີ່ມນິ້ວມືໃຫ້ເປັນຫຼັກຖານ

ລາຍເຊັນ (ຜູ້ໃຫ້ການຍິນຍອມ)
 ລາຍເຊັນ (ພະຍານຝ່າຍຄົນເຈັບ) ມີຄວາມສຳພັນເປັນ.....
 ລາຍເຊັນ (ຕຳແໜ່ງ) (ຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນ)
 ລາຍເຊັນ (ຕຳແໜ່ງ) (ພະຍານຝ່າຍເຈົ້າໜ້າທີ່)

ໝາຍເຫດ ຄົນເຈັບມາຄົນດຽວ ຄົນເຈັບຫມົດສະຕິ/ສະຕິບັນຍາບໍ່ສົມບູນ

ຊື່ຕົນເຈັບ	ອາຍຸ	ເລກ HN.
ພະແນກທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວ	ຫ້ອງນອນຄົນເຈັບ	ຜ່ານໝໍຜູ້ຮັບຜິດຊອບ

ໃບເຊັນຍິນຍອມຫຼືບໍ່ຍິນຍອມຮັບ

แบบบันทึกใบรับรองแพทย์ (กรณีนอนโรงพยาบาลที่นำไปเบิกประกัน)

**SUNPASITTHIPRASONG HOSPITAL**

122 Sunpasit Road. Naimeuang

Meuang district, Ubonratchathani Thailand

Tel. 045-244973 Fax. 045-319263

Medical Report

Date :

I the Undersigned Doctor in medicine : (Full name)

Medical License No:

This is certify :

Patient's Name : นางเรียง ไชยวงศ์ Age : 46 HN: 2073132

Chief complain :

Diagnosis :

Treatment :

Operation :

Patient : was admitted on the date of :

was discharge on the date of :

Recommment :

(.....)

Signature of Authorized Medical
Attendant

Date :

**** ขั้นตอนการออกใบรับรองแพทย์ ****

1. ผู้ป่วยแจ้งความต้องการใบรับรองแพทย์ต่อเจ้าหน้าที่พยาบาล/แพทย์
2. พยาบาลให้ญาติไปชำระเงินค่าใบรับรองแพทย์ 500 บาท ที่ศูนย์จำหน่ายเงินสด ตึก3 ชั้น1
3. เจ้าหน้าที่ศูนย์จำหน่ายเงินสดปรีนทีใบรับรองแพทย์ให้ญาตินำกลับมาให้พยาบาลที่หอผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์เขียนใบรับรองแพทย์

แบบบันทึกใบรับรองแพทย์ (กรณี ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ไม่เบิกเงิน)



SUNPASITTIPRASONG HOSPITAL
 122 Sunpasit Road. Naimuang
 Muang district, Ubonratchathani Thailand
 Tel. 045-244973 Fax. 045-319263

Medical Certificate

Date :

I, the Undersigned Doctor in medicine : (Full name)

Medical License No.

This is to certify that

Patient's name : MR./MRS./MISS: Age : HN:

Chief complaints :

.....

.....

Finding :

.....

.....

Diagnosis :

.....

.....

Recommendation :

.....

.....

.....

.....

(.....)

Signature of Authorized Medical Attendant

Date :

**** ขั้นตอนการออกใบรับรองแพทย์ ****

1. ผู้ป่วยแจ้งความต้องการใบรับรองแพทย์ต่อเจ้าหน้าที่พยาบาล/แพทย์
2. พยาบาลให้ผู้ป่วย/ญาติไปชำระเงินค่าใบรับรองแพทย์ 200 บาท ที่ห้องการเงิน (ในกรณีขอใบรับรองแพทย์เพื่อสมัครงาน / เรียนต่อ)
3. แพทย์ออกใบรับรองแพทย์ให้ผู้ป่วย

แนวทางการให้ข้อมูลแก่ญาติ/บุคคลอื่น ทางโทรศัพท์

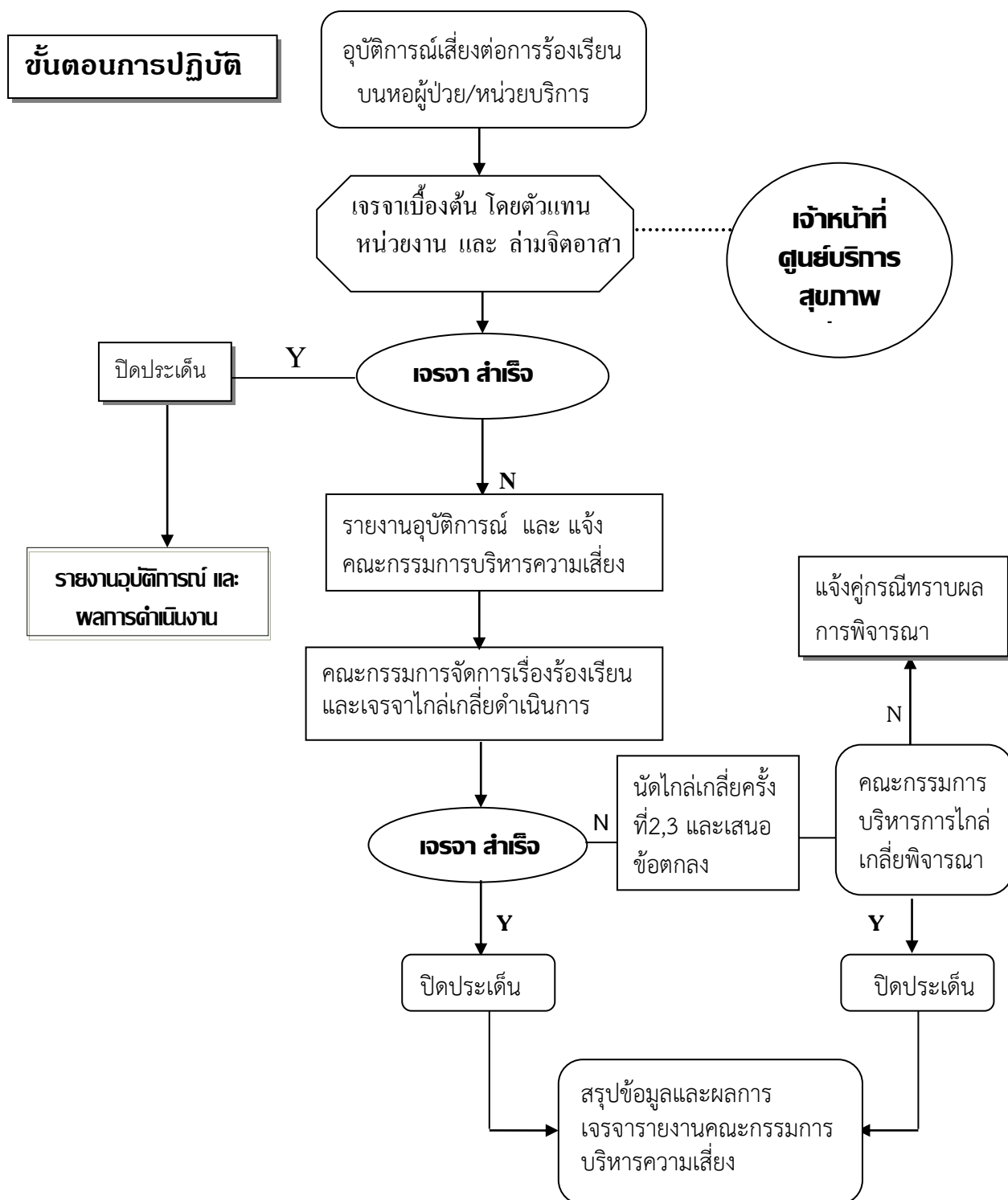
การให้ข้อมูลผู้ป่วยญาติ/บุคคลอื่น

1. เจ้าหน้าที่ต้องให้ญาติ/บุคคลที่ต้องการทราบข้อมูลแนะนำตัวเอง มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร พร้อมทั้งแสดงหลักฐาน ประจำตัวประชาชน หรือพาสปอร์ต
2. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบและต้องได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยก่อนทุกครั้งในการให้ข้อมูลแก่ญาติ/บุคคลอื่น(แต่ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือขาดสติสัมปชัญญะ ให้แจ้งญาติที่ใกล้ชิดทราบ)

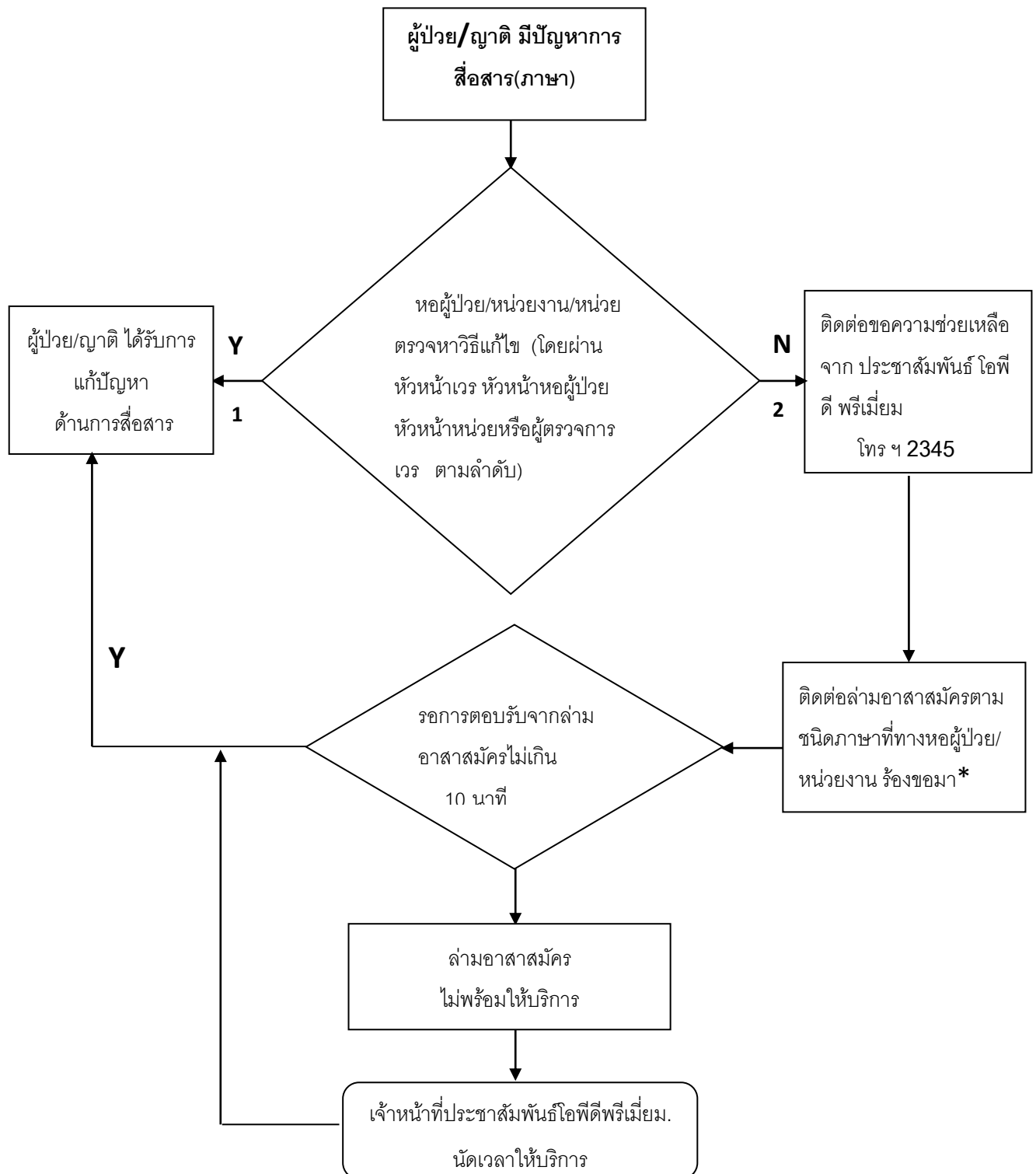
ในกรณีที่ญาติ/บุคคลอื่น โทรศัพท์มา
สอบถามข้อมูลผู้ป่วย

1. ไม่ควรให้ข้อมูลผู้ป่วยทางโทรศัพท์
2. ควรให้ผู้สอบถามหรือผู้ต้องการข้อมูลของผู้ป่วยแฟกซ์หลักฐานระบุตัวตนให้ชัดเจน
หลักฐานประกอบด้วย
 - 2.1 สำเนาพาสปอร์ต
 - 2.2 สำเนาบัตรประชาชน
 - 2.3 หมายเลขโทรศัพท์ และ หมายเลขแฟกซ์
3. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบและต้องได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยก่อนทุกครั้งในการให้ข้อมูลแก่ญาติ/บุคคลอื่น (แต่ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือขาดสติสัมปชัญญะ ให้แจ้งญาติที่ใกล้ชิดทราบ)
4. เมื่อได้รับอนุญาตแฟกซ์ข้อมูลผู้ป่วยส่งให้ญาติ หรือบุคคลที่ต้องการทราบ

ขั้นตอนปฏิบัติเมื่อเกิดข้อร้องเรียนกับผู้ป่วยชาวต่างชาติ



แนวทางปฏิบัติ การขอความช่วยเหลือจากล่ามจิตอาสา
ขั้นตอนการดำเนินงานกรณีผู้ป่วยต่างชาติมีปัญหาในการสื่อสาร



*หมายเหตุ : ปัจจุบันล่ามอาสาสมัครมีดังนี้: 1. อังกฤษ 2. กัมพูชา 3. จีน 4. อินเดีย 5. เวียดนาม 6. ฝรั่งเศส

ทำเนียบลุ่มภาษากัมพูชา (เจ้าหน้าที่)

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ภาษาที่ใช้ สื่อสาร	หมายเลข โทรศัพท์	หมายเหตุ
1	Miss.Lon Kimsreyya (แอน)	กัมพูชา	081-394-6567	
2	Mrs.Doeurn Nga (ดาว)	กัมพูชา	063-614-9865	
3	Mr. Lim Thaiga (ไทยกี้)	กัมพูชา	087-378-9911	
4	Mr.Vey Suy (วี)	กัมพูชา	062-615-5458	
5	Mr. Pon Put (พอน)	กัมพูชา	098-446-5533	ขอลาพักเพื่อศึกษาต่อ
6	Mr.Sam Vaieng	กัมพูชา	080-556-1259	
7	Mr. Chumnit Sao (ชุนนิต)	กัมพูชา	094-758-5383	
8	Mr.Noeb Voern (นพ)	กัมพูชา	094-272-6877	
9	Mr. Sombath Solsaiha	กัมพูชา	089-423-6118	
10	Mrs.Hieng Seng (เฮียง)	กัมพูชา	093-457-1230	

ทำเนียบล่ามจิตอาสา Description of Volunteer Translator

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ภาษาที่ใช้ สื่อสาร	หมายเลข โทรศัพท์	หมายเหตุ
1	Mr.David Charles Hanna	อังกฤษ	080-158-7680	ตามได้ตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ คิดค่าตอบแทน
2	Ajhan James Resho	Hindi,Naga, India	086-265-9264	ตามได้ตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ คิดค่าตอบแทน
3	Mr.Henri Picavet (เฮนรี่)	ฝรั่งเศส	083-385-7758	ตามได้ตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ คิดค่าตอบแทน
4	นางวิไล ตริโรจน์พร	จีน	062-350-1367	ตามได้ตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ คิดค่าตอบแทน

ทำเนียบรายชื่อบุคลากรที่สามารถสื่อสารภาษาต่างประเทศ

ภาษา	ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์	
				สายใน	มือถือ
อังกฤษ	1	คุณศรินรา ทองมี (เป้)	วิสัญญี	1319	081-5491396
	2	คุณเรืองเดช ธิเดช (หน้อย)	วิสัญญี	1493	089-8492747
	3	คุณศรินทิพย์ สงวนวงศ์วาน (นก)	วิสัญญี	1493	081-8780373
	4	คุณนันทนา เพชรมาก (นน)	วิสัญญี	1493	098-1014855
	5	คุณกฤตกรณ์ ประกอบแสง (เชียว)	วิสัญญี	1319	081-8789094
	6	คุณดวงใจ วงศ์วิชิต	วิสัญญี	1319	081-7890599
	7	คุณสุขสำราญ อินทสรณ์	SPF	1298	085-7627776
	8	คุณศิริเอมอร วิชาชาติ (หน้อย)	ศัลยกรรมกระดูก2	1245	063-5929997
	9	คุณจิราพร ตระการไทย (อ้อม)	OPD.เด็ก	1424	087-0801486
	10	คุณศุภวิทย์ ศิริภาค (ปุ้ย)	ห้องบัตร ชั้น 5	1426	095-7636010
	11	คุณกัลยา มีแสง (จุ่ม)	พรบ.รถ	1301	081-9661443
	12	คุณจันทิมา บุญธรรม (แป๋ว)	สิทธิบัตร	1308	085-7656843
	13	คุณพรสุดา ศรีวิเศษ (เล็ก)	ศบต.	1522	086-8359119
กัมพูชา	1	คุณกมลรัตน์ กาฬภักดี (โจ๊ะ)	อาชีวอนามัย	1425	098-6911996
	2	คุณเพียงธรรม ทวีสอน (นัย)	OPD.เด็ก	1529	085-46717172
	3	คุณสมจิต กาญจนนารี (ตุ๊กตา)	CCU2	1564	

แผนผังขั้นตอนการมารับบริการผู้ป่วยต่างชาติ

กรณีรับยากลับบ้าน

- พบพยาบาลหน้าห้อง เพื่อรับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว หรือ การมาตรวจตามนัด
- ยื่นใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยาชั้น 1-3 อาคาร 50 พรรษา ขึ้นกับแผนกตรวจ
- รอคิวเรียกรับยา



กรณีนอนโรงพยาบาล

- พบพยาบาลหน้าห้อง เพื่อเตรียมเอกสารในการส่งเข้านอนหอผู้ป่วย
- ชำระเงินมัดจำก่อนเข้านอนโรงพยาบาล (เฉพาะผู้ป่วยต่างชาติ)
- ลงทะเบียนนอนโรงพยาบาลที่ช่องหมายเลข 1 : ศูนย์รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล
- พบเจ้าหน้าที่ศูนย์เปลนำส่งเตียงนอน

5

จุดชำระเงินมัดจำและค่ารักษาพยาบาล

ในวันราชการ

- เวลา 08.00-18.00 น. ที่ศูนย์จำหน่ายเงินสด (ตึก 3 ชั้น 1)
- หลังเวลา 18.00 น. ที่ห้องการเงินประจำห้องจ่ายยา 1 และ ห้องการเงินประจำห้องฉุกเฉิน (อาคาร 50 พรรษา ชั้น 1)



ในวันหยุด

- เวลา 08.00-16.00 น. ที่ศูนย์จำหน่ายเงินสด (ตึก 3 ชั้น 1)
- หลังเวลา 16.00 น. ที่ห้องการเงินประจำห้องจ่ายยา 1 และ ห้องการเงินประจำห้องฉุกเฉิน (อาคาร 50 พรรษา ชั้น 1)

กรณีชำระด้วยบัตรเครดิต ชำระได้ที่ห้องจ่ายยา 1 อาคาร 50 พรรษา ชั้น 1

หากขัดข้องหรือต้องการสอบถาม โทรฯ 045-319200 ต่อ 1139

6

การมารับบริการผู้ป่วยต่างชาติ
โรงพยาบาลอัสสัมชัญประเวศ


สิ่งที่ต้องเตรียมเมื่อมาโรงพยาบาล

- พาสปอร์ต / ใบเข้าชมคน

ขั้นตอนการรับบริการ

ผู้ป่วยใหม่

1. ติดต่อบัตรชั้น 1 อาคาร 50 พรรษา
2. ผ่านจุดคัดกรองซีกประวัติเพื่อ แยกหน่วยตรวจ
3. นั่งรอคิวหน้าห้องเพื่อรอเรียกทำบัตร
4. ถ่ายภาพทำประวัติที่ช่องหมายเลข 5
5. ไปห้องตรวจตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ห้องบัตร (หากต้องการความช่วยเหลือ แจ้งเจ้าหน้าที่ห้องบัตร)



1

ผู้ป่วยมาตามนัด

- ยื่นบัตรนัด ที่โต๊ะรับบัตรนัดหน้าห้องตรวจ เพื่อลงทะเบียนรับการตรวจ

เมื่อถึงห้องตรวจ

1. ซิงน้ำหนัก วัดความดันโลหิต
2. นั่งรอพยาบาลเรียกซีกประวัติ
3. พยาบาลซีกประวัติเสร็จ+ ให้อีวีตรวจ
4. นั่งรอหน้าห้องตรวจเพื่อรอเรียกเข้าพบแพทย์
5. หลังจากพบแพทย์ ให้พบพยาบาลหน้าห้องตรวจ เพื่อรับคำแนะนำต่างๆ

กรณีมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ


- กรณีมาตรวจเลือด หรือ ตรวจอื่นๆก่อนแพทย์

• ต้องลงทะเบียนที่ห้องบัตรชั้น 1 ก่อน

การส่งเจาะเลือด

ในวัน เวลาราชการ

- ให้อีวีไปส่งตรวจไปยังที่ห้องเจาะเลือด ชั้น 2, 3 อาคาร 50 พรรษา
- นั่งรอคิวเรียกเจาะเลือด



4

นอกเวลาราชการ และ วันหยุด

- ให้อีวีไปส่งตรวจไปยังที่ห้องเจาะเลือด ชั้น 1 ตึก พยาธิวิทยา
- นั่งรอคิวเรียกเจาะเลือด



การส่งตรวจปัสสาวะ / อุจจาระ

- รับกระบอกใส่ส่งตรวจที่ห้องเจาะเลือด ชั้น 2 อาคาร 50 พรรษาด้านทิศตะวันออก เมื่อได้ส่งส่งตรวจแล้วนำส่งตรวจที่ห้องเจาะเลือด ชั้น 2




นอกเวลา

- ที่ห้องเจาะเลือด ชั้น 1 ตึก พยาธิวิทยา

3


ตรวจคลื่นหัวใจ

- ให้อีวี OPD card + ใบส่งยาไปยังที่ห้องปฏิบัติการ ชั้น 2
- นั่งรอคิวเพื่อเรียกเข้าตรวจคลื่นหัวใจ (EKG)



X-ray

- ให้อีวีไปส่งตรวจ ไปยื่นที่ห้อง X-ray ชั้น 2
- นั่งรอคิวเรียกเข้า X-ray
- เข้าห้อง X-ray เปลี่ยนเสื้อผ้า ถอดสร้อยแหวน หรือของมีค่าฝากไว้กับญาติ ก่อนทำการ X-ray
- นั่งรอรับฟิล์ม X-ray นำกลับไปห้องตรวจ เพื่อพบแพทย์คนเดิม



2

แผนผังขั้นตอนการมารับบริการผู้ป่วยต่างชาติ(ภาษาE)

Out Patient Procedure

- Contact the nurse in front of the examination room for health education and self care at home.
- Contact the pharmacy at the 1st – 3rd floor of the Hasipansa building.



In-Patient Procedure

- contact the nurse in front of the examination room to prepare patient's document
- Deposit payment should be done before admission (particularly for foreign patient)
- contact the registration section at room number 1 :Admission center.
- contact the hospital porter center.

5

Deposit and Treatment Payment

Official hour

- 08.00 - 18.00 hour. At the Payment Center (Building number 3 on the 1st floor)
- After 18.00 hour. At the cashier of Pharmacy number 1 and Emergency room cashier (1st floor of the Hasipansa building)

On the holiday

- 08.00-16.00 hour .At the Payment center (Building number 3 on the 1st floor)
- After 16.00 hour. At the cashier of Pharmacy number 1 and Emergency room cashier (1st floor of the Hasipansa building)
- For credit card use payment can be done at the pharmacy number 1 on the 1st floor of the Hasipansa building

If there is any question, please contact

Tel: 045-319200 Ext. 1139

6

Service Guideline Sunpasittiprasong Hospital

What to prepare?

1. Passport / Border pass

Steps to service

New Patient

1. Contact the registration department at the 1st floor of the Hasaippansa building
2. Contact patient screening point to identify which medical service to go.
3. Wait for registration document .
4. Take photograph at sector number 5
5. Go to examination room

(For more information please, contact the registration personnel)



1

Follow up Patient

- Put the follow up card at the appointment section in front of the examination room for registration.

At examination room

1. measure your weight and blood pressure.
2. Wait for nurse to take the history of illness
3. After history of illness taken + given a que card.
4. Wait for a name call according to the que number.
5. After meeting the physician please, contact the nurse in front of the examination room for advice.
- 6.

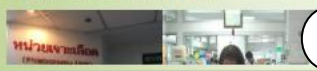
Laboratory and further Investigations

- Registration is always needed before any laboratory test or investigations for follow up with the doctor. Contact the registration office at the 1st floor

Blood Test

For official hour

- Bring laboratory order for blood test to blood collection unit on the 2nd or 3rd floor of the Hasipansa building
- Take a seat and wait for the que.



4

Holiday and after official hour

- Bring laboratory order for blood test to blood collection unit on the 1st floor of the Payathie Building
- Wait for blood collection



Stool and Urine Analysis

- Go up to the blood collection unit on the 2nd floor of the Hasipansa building (North wing) to get the specimen collector. After the specimen collected, bring it to the unit again



After official hour

- Bring to the 1st floor of the Payathie Building

3

Electrical Cardiogram(EKG)

- Bring the OPD card + medication order to the Nursing intervention Unit on the 2nd floor of Hasipansa building (Room number 30)
- Wait for the que to do electrical cardiogram (EKG)



X-ray

- Bring the doctor order to the X-ray room on the 2nd floor and wait for the que
- Enter the X-ray room changing clothes ,always take off all the metal decoration before taking X-ray
- Take the X-ray film back to the examination room to the same doctor.



2

ภาคผนวก

Appendix

ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ (ตบต.)

วิสัยทัศน์ (Vision)

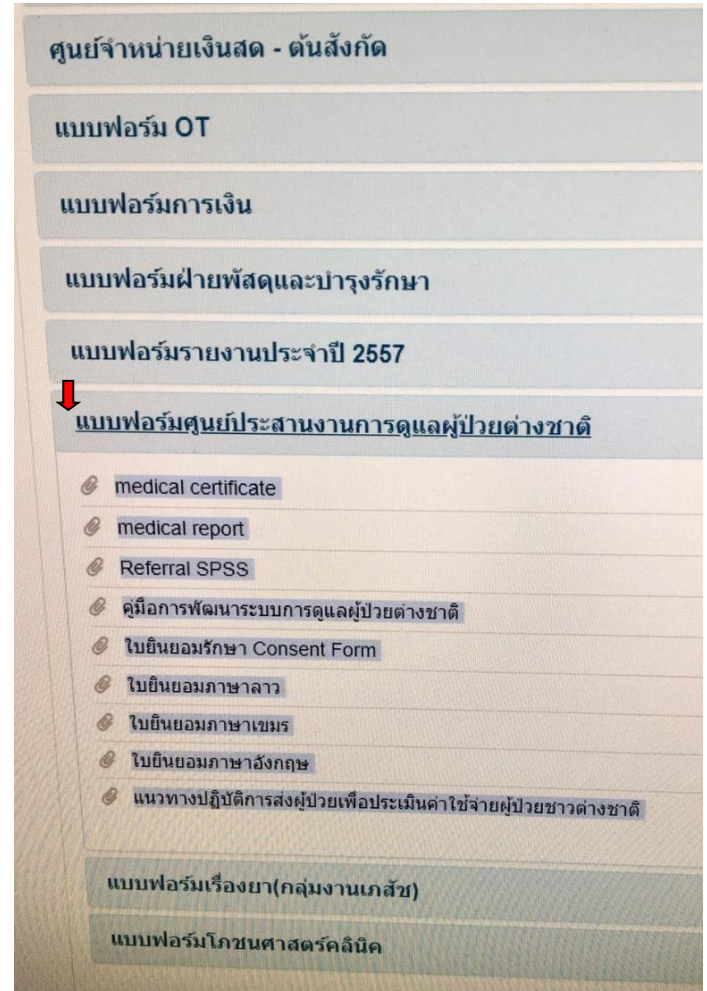
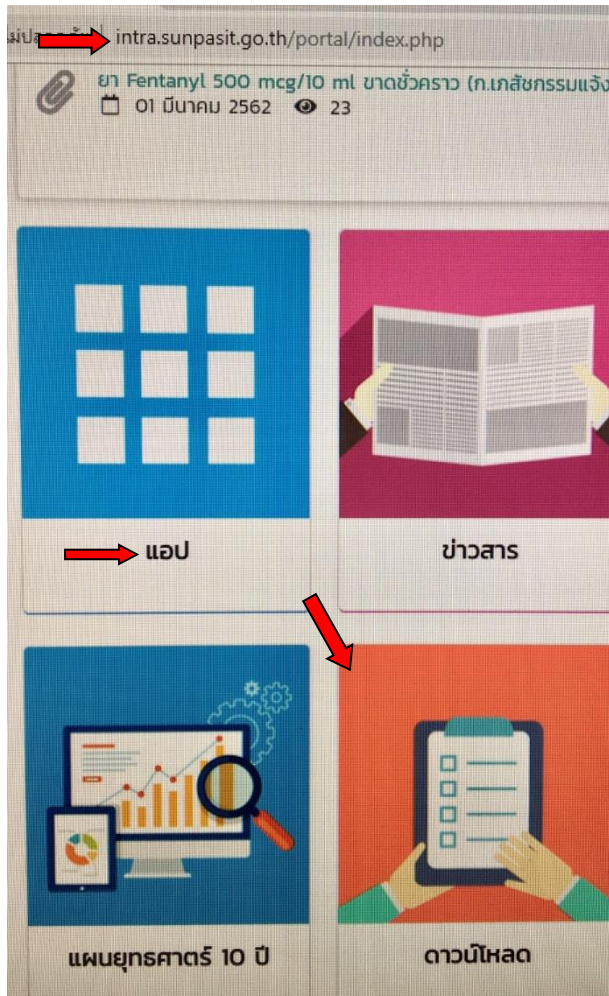
- ✚ ให้บริการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติ และการมีส่วนร่วม
ร่วมกับภาคีเครือข่าย
- ✚ To provide services of the highest efficiency for international patients and for working together with network partners.

พันธกิจ (Mission)

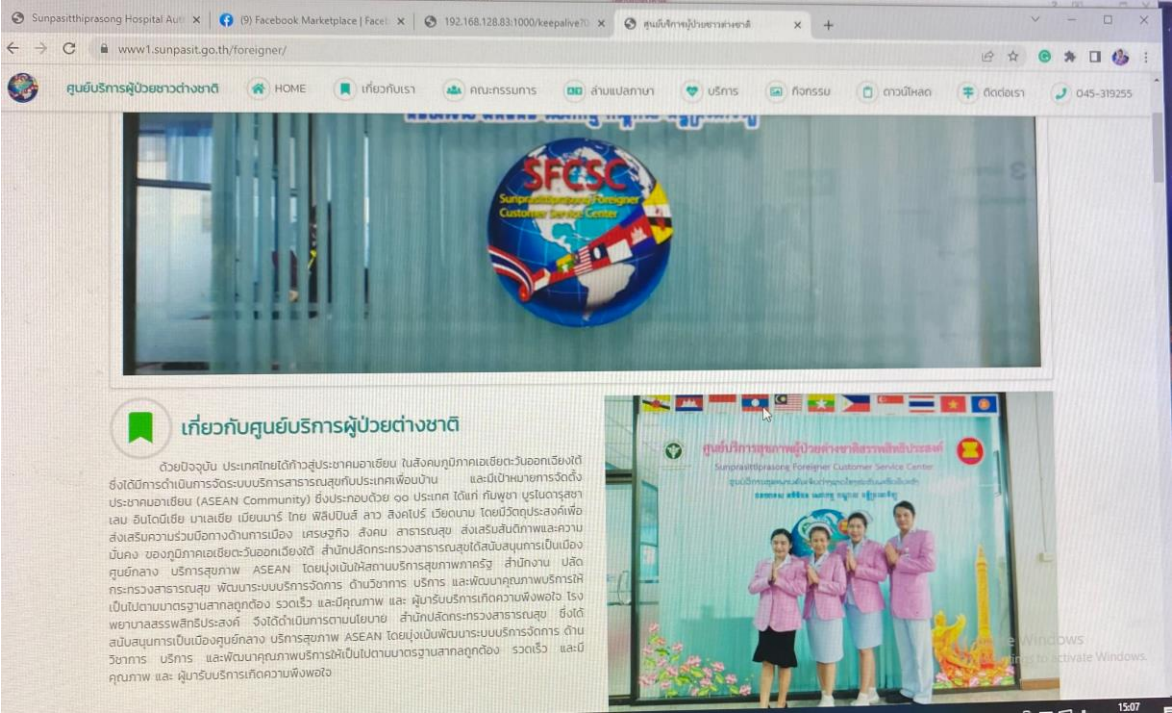
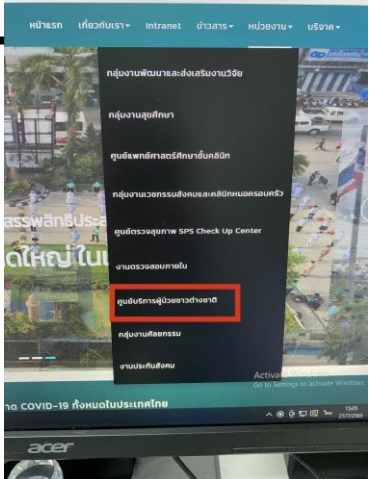
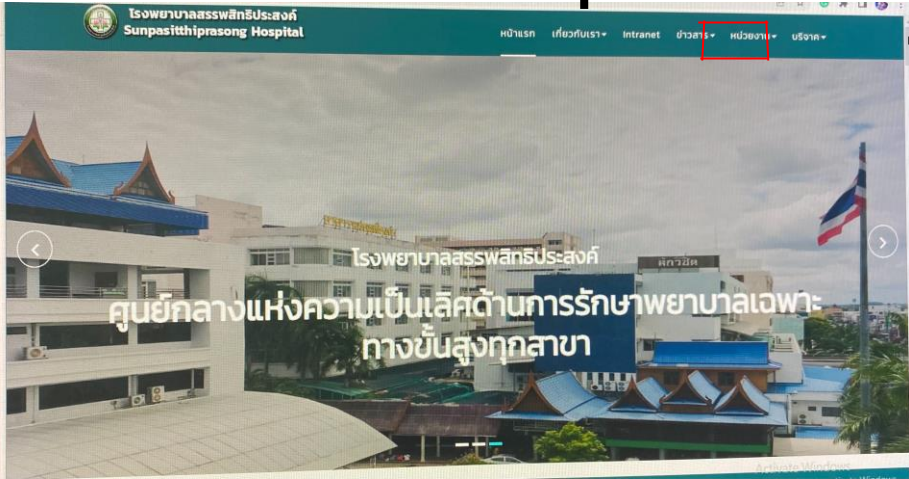
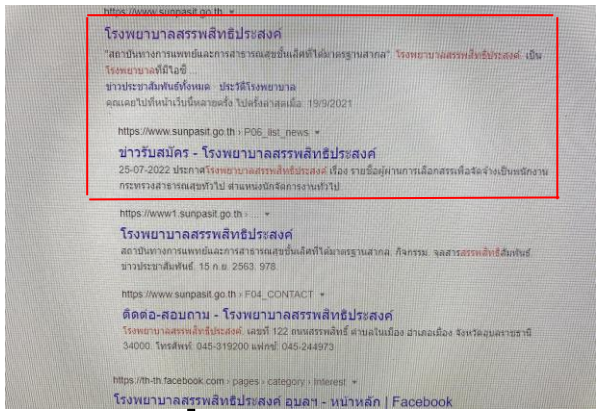
- ✚ พัฒนาระบบประสานงานทั้งในและระหว่างประเทศให้มีคุณภาพและมาตรฐาน (Develop quality and up to date systems for coordinating work inside the country and between countries.)
- ✚ พัฒนาระบบบริหารจัดการ การรับ-ส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ (Develop administrative systems for efficient referral services.)
- ✚ ส่งเสริม สนับสนุน การมีส่วนร่วมและพัฒนาเครือข่าย (Develop, build and support the working together of existing networks.)
- ✚ พัฒนาสมรรถนะด้านภาษาแก่บุคลากรในทุกกระดับ (Develop the capacity of all levels of personnel.)

เอกสารที่จำเป็นต้องใช้

สามารถดาวน์โหลดได้ใน <http://intra.sunpasit.go.th>



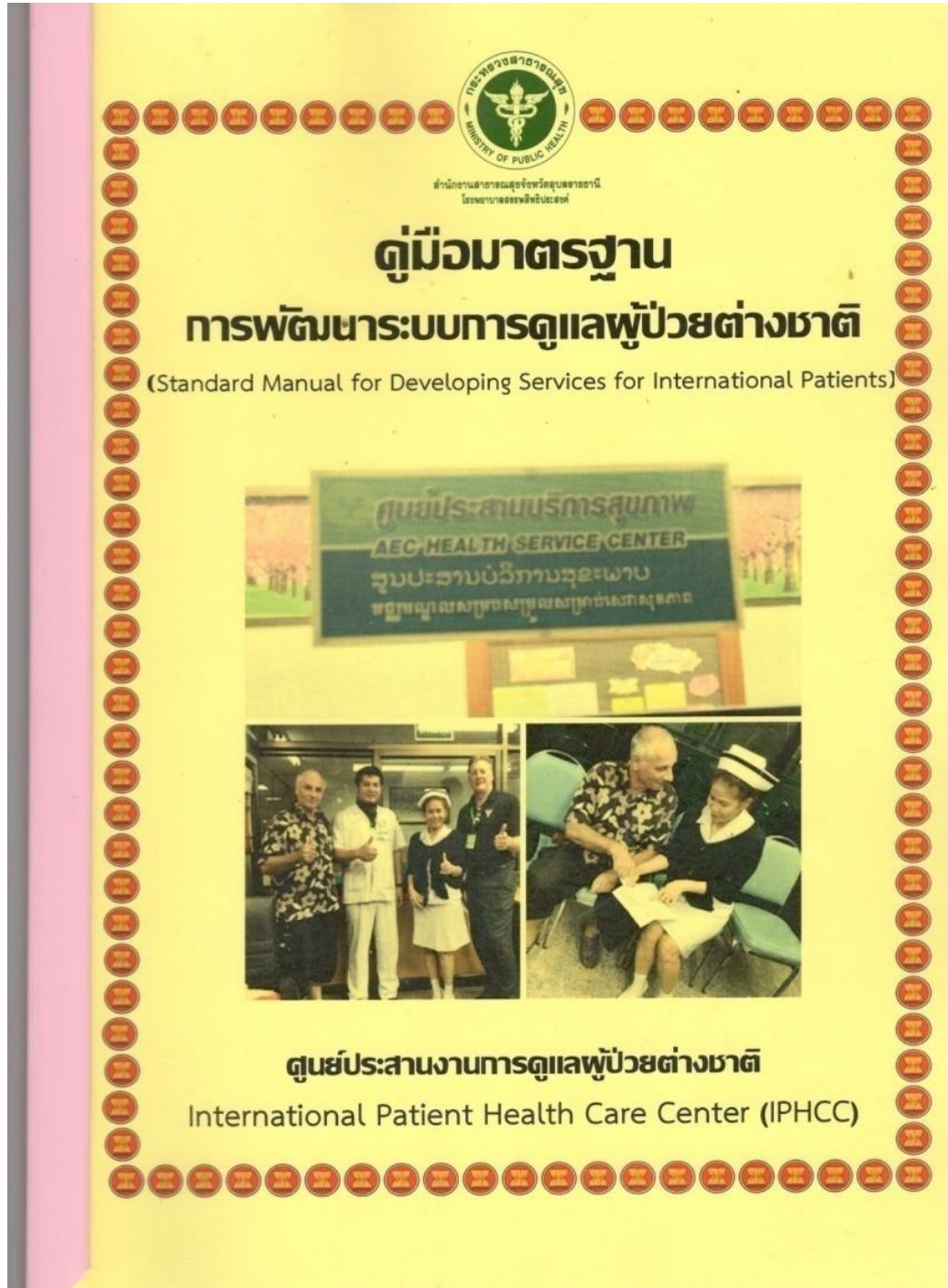
เว็บไซต์ศูนย์บริการสุขภาพชาวต่างชาติ โรงพยาบาลสุภาพสิทธิประสงต์



คู่มือการสื่อสารกับผู้ป่วยต่างชาติด้วยภาษา E



คู่มือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยต่างชาติ 2 ภาษา



ປ້າຍ 4 ກາສາ

ໄທຍ ອັງກຸສ ລາວ ກັມພູສາ

ຕຽວຈສອບສີທຣີ

Welfare Verification

ຫ້ອງຢັ້ງຢືນສິດການປົ່ມປ້ວ

ການຕີຣິສຸສຸຂຸມາລກາຕ

ເອກສເຣຍ໌ຄອມພິວເຕອຣ໌

Computed Tomography

ຫ້ອງເອັກສເລຄອມພິວເຕີ

ເຕັກຕີຣິສຸເຂາຍບຽຕ໌ສຸກັງຮັກ

QR Code แพนพับให้ความรู้ทางวิสัญญี 4 ภาษา

แผ่นพับวิสัญญีเพื่อชาวต่างชาติ

ลาว

		
Anesthesia	Spinal Block	Colonoscopy

กัมพูชา

		
Anesthesia	Spinal Block	Colonoscopy

English

		
Anesthesia	Spinal Block	Colonoscopy

รางวัลแห่งความภาคภูมิใจ



รางวัลแห่งความภาคภูมิใจ



5

จ.บ.	หน่วยงานที่เยี่ยม	บันทึกการเยี่ยม	หมายเหตุ
2561	โรงพยาบาล 10	<p>วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑ คณะกรรมการ และกรรมการโรงพยาบาล 10 ได้ ให้การต้อนรับและจัดอาหารว่าง (ด้วย ABC) ณ. บริเวณห้องประชุม กิจกรรมเยี่ยมและจัดกิจกรรม ร่วมกับกรรมการ 10 ซึ่งได้มีกิจกรรม โดยปกติ 5 กิจกรรม ซึ่งกรรมการได้ ได้ไปเข้าดูและได้ร่วมด้วยและ ร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นและ ที่ดำเนินการเยี่ยมและได้มี web link ซึ่งสามารถดูได้ที่ other site</p> <p>กรณีพบปัญหาข้อใดข้อหนึ่ง ที่ใดโดยขอคำแนะนำ หรือไปรับ ทราบปัญหาข้อใดข้อหนึ่ง หรือ ขอ. ในกรณีใดใดใดใดใดใด</p> <p><i>(Handwritten notes in Thai script)</i></p>	<p><i>(Handwritten signature)</i></p> <p>(นางสาว...) น.ส. ...</p> <p>(นางสาว...) น.ส. ...</p>

