



โรงพยาบาลบางนา 5

BANGNA 5 GENERAL HOSPITAL

55 หมู่ 4 ถนนพหลโยธิน กม.1-1 ต.บางพลีใหญ่ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540 โทร.(02)138-1155-63 Fax.(02)138-1166

เลขที่ 1374

ใบรับรองแพทย์

เลขที่

68670

พญ.เพชรดา อึ้งอร่าม

เลขที่บัตรผู้ป่วย

๕๕๕40๙๔

ข้าพเจ้า

ว.33803

แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งสาขาเวชกรรมเลขที่

๕๕๕๐3

ขอรับรองว่า(นาย / นางสาว / นางสาว)

สุธิดา ขุนศิริ ๖๘๖๕

ได้รับการตรวจโรคจากโรงพยาบาลนี้เมื่อ วันที่

๙ ตุลาคม ๕๕๖5

เวลาตรวจ

18.14

ปรากฏว่าป่วยเป็น

สาวแพ้อาหาร แพ้นมวัว

☒ 1. ประกอบเบิก

☐ 2. เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่

ถึง

☐ 3. หยุดพักรักษาตัว (หยุดงาน) มีกำหนด

ถึง

☒ 4. มาทำการตรวจจริงเมื่อเวลา 18.14 น.

(กรณี ที่ 4 ใช้รับรองว่าสามารถตรวจรักษาจริงเท่านั้น มิใช่เป็นใบรับรองแพทย์ผู้ป่วย)

*** เอกสารนี้ไม่สามารถใช้ประกอบการการคำนวณค่าได้

1๗๗.

ผู้รับเอกสารใบรับรองแพทย์



พญ.เพชรดา อึ้งอร่าม

ว.33803

แพทย์ผู้ตรวจรักษา

FM-MED-001 (01-05/02/59) (1/1)



โรงพยาบาลบางนา 5
BANGNA 5 GENERAL HOSPITAL

โรงพยาบาลบางนา 5 55 ม.4 ถ.เทพารักษ์ ต.บางพลีใหญ่ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540
BANGNA 5 55 Moo 4, Theparak Road, T.Bangpleeyai, A.Bangplee, Samutprakarn 10540

โทร. (02) 138-1155-63 โทรสาร (02) 138-1166
Tel. (02) 138-1155-63 Fax (02) 138-1166

HN 5334098

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105526004138
TAX I.D. NO. 0105526004138

RECEIPT

Page 1 of 1

เลขที่/No. BO2565043596

วันที่/Date 21/10/2565

ชื่อ/Name น.ส.สุวิธสา ชุมแก้วไชยสิทธิ์	ซึ่งป่วยเป็นโรค/Sickness วัณโรคปอด	วัดสายตาประกอบแว่น
บริษัท/Company	มาขอรับการรักษาพยาบาลเมื่อวันที่/Admission Date 21/10/2565	เวลา/Time 18:14 น.
เลขที่ประสบอันตราย/Injury No.	ถึงวันที่/To 21/10/2565	ตั้งรายการต่อไปนี้
รายการ DESCRIPTION		จำนวนเงิน AMOUNT
1.1 ค่าบริการทางการแพทย์		
1.1.2 ค่าเวชภัณฑ์		
1.1.2(4) ค่าอุปกรณ์รักษาตา		300.00
1.1.12 ค่าบริการการพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์		
1.1.12(6) การบริการการพยาบาลผู้ป่วยนอก		80.00
1.1.14 ค่าบริการเหมาจ่ายการรักษาพยาบาล		
1.1.14(2) ค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ		
1.1.14(2).1 ค่าบริการโรงพยาบาลผู้ป่วยนอก		40.00
1.2 ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์		
1.2.1 ค่าตรวจรักษาทั่วไปของผู้ประกอบวิชาชีพ		
1.2.1(1) ตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก		200.00

(#หกร้อยยี่สิบบาทถ้วน#)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น
TOTAL

620.00

หมายเหตุ/Remarks

โปรดกรุณาจ่ายเช็คขีดคร่อมในนาม "บริษัท โรงพยาบาลบางนา จำกัด" เท่านั้น
กรณีชำระเงินด้วย เช็ค ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์เมื่อบริษัทฯ ได้เรียกเก็บเงินตาม เช็ค เรียบร้อยแล้ว
ใบเสร็จรับเงินทุกฉบับจะต้องปรากฏลายเซ็นผู้รับเงินและประทับตราบริษัท
Please pay by crossed cheque on behalf of "BANGNA GENERAL HOSPITAL CO., LTD."
Payment by cheque not valid until the cheque is honoured
Every receipt must appear cashier's signature and company seal

(ปั๊มจาลึกษณ)

ผู้รับเงิน/ผู้จัดทำ
RECEIVER / PREPARED BY