

## แบบฟอร์มสรุปรายชื่อผู้เข้ารับบริการทำขาเทียม

โรงพยาบาล .....จังหวัด.....

ประจำเดือน ..... พ.ศ. ....

ที่	ชื่อ - นามสกุล	สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล		ประเภทขาเทียม	ประเภทการให้บริการ		หมายเหตุ
		รพ.เบิก	รพ.ไม่ได้เบิก		ทำขาเทียมใหม่	ซ่อมขาเทียม	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
จำนวนรวมทั้งสิ้น ..... คน				1. BK ..... ขา 2. AK ..... ขา 3. TK ..... ขา 4. SYME ..... ขา			

ลงชื่อผู้กรอกข้อมูล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....