

ต้นฉบับ

สรุปรายชื่อผู้เข้ารับบริการทำขาเทียมประจำเดือน.....พ.ศ.....

โรงพยาบาล/หน่วยงาน.....จังหวัด.....

ที่	ชื่อ - สกุล	ลักษณะการตัดขา	ทำขาเทียมใหม่	ซ่อม	ประเภทบริการ																				
					ทำขาเทียมใหม่																				
					AK / TK								BK / SYME												
					เท้าเทียม	ชุดแกนหน้าแข็ง	ชุดข้อเท้าเทียม	ชุดเสาแทรก	ชุดสายเข็มขัด	สายต่อเข็มขัด	น็อตล็อคสายเข็มขัด	น่องเทียมสำเร็จรูป	ถุงน้ำตอขา	วาล์วอุดขาเทียม	แผ่นพลาสติก PP COPO	ถุงหนังเทียม	ถุง PVA	เท้าเทียม	เท้าโซม	แกนด้าพลาสติก	น็อตเท้าโซม	ถ้วยอะแดปเตอร์เท้าโซม	เบ้าอ่อนสำเร็จรูป	ถุงสวมตอขา	แผ่นพลาสติก PP COPO
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
รวม																									

ลงชื่อผู้กรอกข้อมูล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อผู้รับรอง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

**หมายเหตุ กรุณาระบุช่องจำนวนด้วยตัวเลขเท่านั้น ให้ตรงช่อง

เอกสารควบคุม