ต้นฉบับ

สรุปรายชื่อผู้เข้ารับบริการทำขาเทียม ประจำเดือน.....พ.ศ.....

โรงพยาบาล/หน่วยงาน.....จังหวัด.....

ที่	ชื่อ - นามสกุล	สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล		ลักษณะการตัดขา	ทำขาเทียมใหม่	ซ่อม	ประเภทบริการ																					
							ทำขาเทียมใหม่/ซ่อม																					
							AK / TK													BK / SYME								
		รพ. เบิก	รพ. ไม่ได้เบิก				เท้าเทียม	แกนหน้าแข้ง	ชุดข้อเข่าเทียม	ชุดต่อเบ้า AK	ชุดสายเข็มขัด	สายต่อเข็มขัด	น็อตล็อคสายเข็มขัด	น่องเทียมสำเร็จรูป	ถุงน่าตอขา	PF Oneway value	แผ่นพลาสติก	ถุงหนังเทียม	ถุง PVA	เท้าเทียม	เท้าไซม์	แกนหน้าแข้ง	น็อตเท้าไซม์	ด้วยอะแดปเตอร์เท้าไซม์	เบ้าอ่อนสำเร็จรูป	ถุงสวมตอขา	แผ่นพลาสติก	ถุงหนังเทียม	ถุง PVA
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
รวมทั้งสิ้น ..... คน																												

**หมายเหตุ กรุณาระบุช่องจำนวนด้วยตัวเลข เท่านั้น

ลงชื่อผู้กรอกข้อมูล.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อผู้รับรอง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

เอกสารควบคุม