



โรงพยาบาลราชพฤกษ์
Ratchaphruek Hospital

ใบ Request แผนกรังสีวินิจฉัย

ผู้ป่วย NPO ตั้งแต่.....น.

- ☐ หลังตรวจทานอาหารได้
- ☐ หลังตรวจให้น้ำและอาหาร
- ☐ ตั้งครรภ์
- ☐ ไม่ตั้งครรภ์
- ☐ อื่นๆ

Date For Appointment Date...../...../..... Time.....น.

Patient's Name..... H.N..... Age..... Ward/Room.....

Previous X-Ray ☐ Yes ☐ No Ultrasound ☐ Yes ☐ No CT. ☐ Yes ☐ No

Imaging Request For :

.....

.....

Clinical Diagnosis :

Clinical Information and Laboratory Finding :

.....

.....

Signature.....M.D.

Condition of the patient..... Department of..... Tel.

☐ Routine ☐ Emergency ☐ Portable Date of Request...../...../..... Time.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... ตึก.....

ที่ สธ ๐๓๑๒..... /..... วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัยเป็นเร่งด่วนนอกเหนือสัญญา.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

ด้วยข้าพเจ้า นายแพทย์.....

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....เลขประจำตัวผู้ป่วย.....

ได้รับการตรวจรักษาเมื่อวันที่.....ซึ่งป่วยเป็นโรค/ภาวะ.....

มีความจำเป็นขอส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย รายการนอกเหนือที่กำหนดในสัญญา (ใบสั่งจ้าง) ตรวจทางรังสีวินิจฉัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙ ตามใบสั่งจ้างเลขที่.....ลงวันที่.....จำนวน.....รายการ

๑.

๒.

๓.

๔.

๕.

๖.

เหตุผลความจำเป็น

☐ เพื่อผลการดูแลรักษาบรรลุเป้าหมาย

☐ อื่นๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ส่งตรวจ

(.....)



ที่ สธ ๐๓๑๒.๓/

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
๗๗๕ หมู่ ๑๙ ถ. มะลิวัลย์ ต.ศิลา
อ. เมือง จ.ขอนแก่น ๔๐๐๐๐

เรื่อง ขอส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย

เรียน ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร บริษัทโรงพยาบาลราชพฤกษ์ จำกัด (มหาชน)

สิ่งที่ส่งมาด้วย จำนวน ตัวอย่าง
..... จำนวน ตัวอย่าง

ด้วยโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น มีความประสงค์จะขอตรวจทางรังสีวินิจฉัยรายการ

ดังนี้

๑.
๒.
๓.
๔.
๕.

ในการนี้ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ใ้ร่ขอความอนุเคราะห์จากบริษัทโรงพยาบาลราชพฤกษ์
จำกัด (มหาชน) ในการตรวจทางรังสีวินิจฉัย และขอได้โปรดแจ้งผลการตรวจมายังโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน การกิจด้านการพยาบาล

โทร. ๐-๔๓๔๒-๔๕๐๐-๒ ต่อ ๓๐๓

โทรสาร ๐-๔๓๔๒-๔๕๐๗

ราคากลางรายการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย ประจำปีงบประมาณ 2569
ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2569 (12 เดือน) จำนวน 1 งาน
โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่น

ลำดับที่	รายการ
1	Ultrasound Upper Abdomen
2	Ultrasound Lower Abdomen
3	Ultrasound Whole Abdomen
4	Neck digital film AP view
5	Neck digital film Lateral view
6	Neck digital film AP+lateral view
7	Neck digital film Both oblique view
8	Chest digital film PA Upright view
9	Chest digital film Lateral view
10	Chest digital film Lateral decubitus view
11	Chest digital film Lordotic view
12	Chest digital film Oblique view
13	Chest digital film Both oblique view
14	CT Brain non contrast
15	CT Brain with contrast
16	CT Upper abdomen non contrast
17	CT Upper abdomen with contrast
18	CT Lower Abdomen non contrast
19	CT Lower Abdomen with contrast
20	CT Whole abdomen non contrast
21	CT Whole abdomen with contrast
22	Hand digital film AP+Oblique
23	Wrist joint digital film AP+Lateral
24	Forearm digital film AP+Lateral
25	Humerus digital film AP+Lateral
26	Foot digital film AP+Oblique
27	Ankle joint digital film AP+Lateral
28	Leg digital film AP+Lateral
29	Knee digital film AP+Lateral
30	Femur digital film AP+Lateral
31	Abdomen digital film (Supine+Upright view)
32	L-S spine AP+Lateral view
33	MRI Brain (ไม่รวมค่าฉีดสารรังสีทึบ)