



ข้อมูลผู้ป่วย	ข้อมูลสถานพยาบาล
ชื่อ-นามสกุล .....	ชื่อคลินิก .....
หมายเลขสมาชิก บupa .....	ที่อยู่ .....
ชื่อบริษัท/ห้าง/ร้าน .....	.....
ที่อยู่ .....	.....
โทรศัพท์ .....	โทรศัพท์ .....

**ใบรายงานแพทย์และค่ารักษาพยาบาล**

วันที่ .....

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ ..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

การวินิจฉัย .....

( เฉพาะมีการตรวจพิเศษ )	LAB .....	ราคา .....	บาท
	LAB .....	ราคา .....	บาท
	X-RAY .....	ราคา .....	บาท
	อื่นๆ .....	ราคา .....	บาท

**ผลการตรวจ** .....

.....

การรักษา	<input type="radio"/> ให้ยา	1). .....	จำนวน .....	รวมราคา .....	บาท
		2). .....	จำนวน .....	รวมราคา .....	บาท
		3). .....	จำนวน .....	รวมราคา .....	บาท
		4). .....	จำนวน .....	รวมราคา .....	บาท
		5). .....	จำนวน .....	รวมราคา .....	บาท
		6). .....	จำนวน .....	รวมราคา .....	บาท
		7). .....	จำนวน .....	รวมราคา .....	บาท
		8). .....	จำนวน .....	รวมราคา .....	บาท
	<input type="radio"/> เย็บแผล/ทำแผล	.....		รวมราคา .....	บาท
	<input type="radio"/> อื่นๆ	.....		รวมราคา .....	บาท

**รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน** \_\_\_\_\_ บาท

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา .....

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับ การเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท ๆ หนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อผู้รับการรักษา .....