

สำนักงานชลประทานที่ ๑ ฝ่ายบริหารทั่วไป (งานธุรการ) รับที่ E ๓๘๙๐/๒๕๖๒ วันที่ ๑๐ ก.ย. ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติโครงการประชาสัมพันธ์ การให้บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ๒๕๖๒

เรียน ผส.ขป.๑		กำหนด
✓	เพื่อโปรดพิจารณา ด้วยศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กำหนดการให้บริการตรวจสอบสุขภาพ ประจำปีนอกสถานที่ให้แก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำและเจ้าหน้าที่ ในวันจันทร์ที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๒ ซึ่งผู้รับการตรวจสามารถใช้สิทธิเบิกได้	

ตามระเบียบกระทรวงการคลังตามแบบรายการตรวจที่แนบ โดยรถบริการตรวจตั้งอยู่บริเวณห้องศูนย์ปฏิบัติการน้ำอัจฉริยะ SWOC สำนักงานชลประทานที่ ๑ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ในการนี้ ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้บุคลากร เข้าร่วมกิจกรรมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว โดยขอให้ผู้เข้าตรวจงดน้ำและอาหารตั้งแต่เวลา ๒๐.๐๐ น. ก่อนวันตรวจ ดังมีรายละเอียดตามหนังสือคณะเทคนิคการแพทย์คลินิก ที่ อว ๘๓๙๓(๔).๖/ก.๖๓๐๖ ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๒ ที่แนบ

(นายปฐม สุริยกานต์)
ผบท.ขป.๑

เรียน รอง ผส.ขป.๑ ผอ.ส่วน ผอ.ศูนย์ ผอ.โครงการ ทน.หน่วยงานฝาก ผบท.ขป.๑ และ ทน.งานฝ่ายบริหารทั่วไป

เพื่อโปรดทราบและแจ้งให้ทราบทั่วกัน ผู้สนใจเข้ารับบริการตรวจสอบสุขภาพ ขอให้แจ้งรายชื่อได้ที่ ฝ่ายบริหารทั่วไป(งานธุรการ) ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

(นายจันทวัฒน์ เลิศศิลป์เจริญ)
ผส.ขป.๑

หมายเหตุ :- ผู้รับการตรวจไม่ต้องสำรองค่าใช้จ่ายในการตรวจยกเว้นรายการตรวจพิเศษที่ไม่สามารถเบิกได้ หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติมสามารถสอบถามได้ที่ นางสาวลินจง คงตั้งมั่น (ธก.ขป.๑) หรือ นางวรางคณา วีระศักดิ์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๕๓๒๔ ๖๔๐๒



ที่ อว 8393 (4).6/ก.6306

ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก
คณะเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110 ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

27 สิงหาคม 2562

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ การให้บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปี 2562

เรียน ผู้อำนวยการ สำนักงานชลประทานที่ 1

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบเสนอราคาและรายการตรวจ จำนวน 1 ฉบับ
2. แบบเสนอขอรับบริการ จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นหน่วยงานที่จัดให้มีบริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีเคลื่อนที่ เพื่อเป็นการให้บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีนอกสถานที่ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่สนใจเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีโดยนักเทคนิคการแพทย์และนักรังสีการแพทย์ ซึ่งศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก เป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองคุณภาพการให้บริการทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานสากล ISO 15189: 2012

ทั้งนี้หากหน่วยงานท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือมีความประสงค์จะรับบริการดังกล่าว ท่านสามารถติดต่อและแจ้งรายละเอียดได้ที่ คุณภารัตติร์ กันชาหล้า หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 053-936027 ต่อ 102 หรือ 085-8703133 ซึ่งทางศูนย์บริการฯ จะจัดเจ้าหน้าที่มาให้บริการและอำนวยความสะดวกยังหน่วยงานของท่านต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ทางศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะมีโอกาสดำเนินการตรวจสอบสุขภาพกับท่านในโอกาสต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.วิสิตศักดิ์ สุขสะอาดพสุ)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก

ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก

โทร. 0-5393-6027 ต่อ 102

โทรสาร 0-5328-9300

www.ams.cmu.ac.th/amscsc

สมทบ 5 7 ก.ค. 62 ถึง 09.00 - 12.00 น.



แบบฟอร์มลงทะเบียนตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

กรุณารอกแบบฟอร์มด้วยตัวบรรจง (ชื่อ-นามสกุล กรุณาเขียนให้ชัดเจน) กรณีท่านที่เคยมารับบริการแล้ว กรอกเฉพาะชื่อและนามสกุล

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง) นาย/นาง/ นางสาว.....

วัน/เดือน/ปี เกิด..... สัญชาติ..... ศาสนา..... อายุ.....

บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก.....

สิทธิการเบิก [] เบิกได้สิทธิ์ข้าราชการ [] เบิกได้สิทธิ์รัฐวิสาหกิจ [] เบิกได้สิทธิ์..... [] เบิกไม่ได้/ไม่เบิก

รายการตรวจ

รายการเบิกได้ สำหรับผู้ที่อายุไม่เกิน 35 ปี (ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ)			รายการตรวจพิเศษอื่น ๆ		
		ราคาตรวจ			ราคาตรวจ
☐ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด	CBC	90	☐ ไวรัสตับอักเสบ B	(HBs Ag/Ab)	290
☐ อุจจาระ	(Stool Examination+Occult Blood)	70	☐ ไวรัสตับอักเสบ C	(Anti-HCV)	270
☐ ปัสสาวะ	Urinalysis	60	☐ ไทรอยด์	(FT4, TSH)	560
☐ เอ็กซเรย์	Chest Film	170	☐ เพิ่มตรวจการทำงานของตับครบชุด	(TP,ALB,GLB,TBIL,DBIL)	305
รายการเบิกได้ สำหรับผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป (ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ)			☐ โรคเอดส์	(Anti-HIV)	350
☐ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด	(CBC)	90	☐ ซิฟิลิส	(Syphilis)	145
☐ โรคเบาหวาน	(FBS)(Glucose)	40	☐ เบาหวานสะสม	(HbA1c)	330
ไขมันในเส้นเลือด		120	☐ สารบ่งชี้มะเร็งตับ	(AFP)	375
☐ - Cholesterol		60	☐ สารบ่งชี้มะเร็งกระเพาะอาหาร, ลำไส้ (CEA)		400
☐ - Triglyceride		60	☐ สารบ่งชี้มะเร็งต่อมลูกหมาก	(PSA)	450
การทำงานของตับ		150	☐ สารบ่งชี้มะเร็งเต้านม	(CA15-3)	545
☐ - AST		50	☐ สารบ่งชี้มะเร็งรังไข่	(CA125)	680
☐ - ALT		50	☐ สารบ่งชี้มะเร็งมดลูก	(B-HCG)	350
☐ - ALP		50	☐ ตรวจแยกชนิดไขมัน	(HDL-C, LDL-C)	330
การทำงานของไต		100	☐ ข้ออักเสบรูมาตอยด์	(Rheumatoid factor)	100
☐ - B.U.N		50	☐ ตรวจหาการติดเชื้อหัดเยอรมัน (ผู้หญิง) Rubella IgG		305
☐ - CREATININE		50	☐ หมู่เลือดชนิด ABO	(ABO Blood group)	60
☐ โรคเก๊าท์	(Uric Acid)	60	☐ ตรวจธาลัสซีเมีย	(Thalassemia diag.)	450
☐ อุจจาระ	(Stool Examination+Occult Blood)	70	☐ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	(EKG)	350
☐ ปัสสาวะ	(Urinalysis)	60	☐ การประเมินสุขภาพโดยเครื่อง (Body Composition Analysis)		300
☐ เอกซเรย์	(Chest Film)	170	☐ ให้คำปรึกษาโดยแพทย์	(PE)	-
			☐ ตรวจอื่น ๆ.....		
			หมายเหตุ : รายการพิเศษไม่สามารถเบิกได้(กรณีเบิกได้ต้องให้แพทย์สั่งตรวจ)		
รายการเบิกได้ตามกฎกระทรวงการคลัง (สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เจ้าหน้าที่)			** หมายเหตุ : คิดค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ 50 บาท **		
☐ อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน	Ultrasound Upper Abdomen	1000	ลงชื่อ.....ผู้ขอตรวจ		
☐ อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนล่าง	Ultrasound Lower Abdomen	1000	วันที่...../...../.....		
☐ อัลตราซาวด์ช่องท้องทั้งหมด	Ultrasound Whole Abdomen	1500	SD-F-MT-02-0411		
☐ อัลตราซาวด์ส่วนอื่น ๆ	Ultrasound Other	1000			
☐ ตรวจวัดมวลกระดูก	Bone densitometry	3000			
☐ ตรวจเอกซเรย์เต้านม	Mammogram	2300			