



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะทันตแพทยศาสตร์ (งานบริหารและธุรการ โทร. 4409)
ที่ ศธ 0515(03)/ ๐๐๒๕ วันที่ ๗ มกราคม 2551
เรื่อง โครงการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ครั้งที่ 4 สำหรับข้าราชการและลูกจ้างประจำ

เรียน

ตามที่คณะฯ มีนโยบายจัดโครงการตรวจสอบสุขภาพประจำปี สำหรับบุคลากรในสังกัดและได้ดำเนินการตรวจสอบสุขภาพประจำของข้าราชการและลูกจ้างประจำ ครั้งที่ 1-3 ไปแล้ว นั้น

บัดนี้ เพื่อให้เห็นนโยบายดังกล่าวดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง คณะฯ จึงได้ติดต่อประสานงานกับศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ ให้มาบริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของบุคลากรในสังกัดเป็นครั้งที่ 4 ในวันพฤหัสบดี ที่ 20 มีนาคม 2551 ดังนั้น เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับบุคลากรที่จะตรวจสอบสุขภาพ คณะฯ ได้ติดต่อกับศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ ให้ผู้ที่ต้องการเอ็กซเรย์ปอดสามารถไปทำการเอ็กซเรย์ที่ศูนย์ฯ ได้ล่วงหน้าตั้งแต่วันที่ 17-19 มีนาคม 2551 และในวันที่ 20 มีนาคม 2551 จะมีรถเคลื่อนที่มาให้บริการที่คณะฯ ข้าราชการและลูกจ้างประจำ ผู้ประสงค์จะตรวจสอบสุขภาพประจำปีให้เขียน ชื่อ - ชื่อสกุล พร้อมทั้ง แจ้งรายการที่ต้องการตรวจตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้ ส่งคืนหน่วยสารบรรณ งานบริหารและธุรการ ภายในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2551 ทั้งนี้ กรุณางดอาหารและน้ำภายหลัง 2 ทูม ในคืนวันพฤหัสบดี ที่ 19 มีนาคม 2551 สำหรับในส่วนของการใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีดังกล่าว คณะฯ จะได้ประสานงานกับคณะเทคนิคการแพทย์ในด้านการส่งเรื่องตั้งเบิกให้ กองคลัง สำนักงานอธิการบดี โดยตรงต่อไป แต่สำหรับในส่วนของการรายการที่ไม่สามารถเบิกได้และต้องการตรวจเพิ่มเติม กรุณาเตรียมค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระของแต่ละรายการที่เพิ่มไว้ให้พร้อมด้วย

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ทองนารถ คำใจ)
คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์

แบบฟอร์มลงทะเบียนตรวจสุขภาพประจำปี

กรุณากรอกแบบฟอร์ม ด้วยตัวบรรจง (ชื่อ - นามสกุล เขียนให้อ่านออกชัดเจนเพื่อสิทธิประโยชน์ในการเบิก)

ลำดับที่.....

ชื่อ (นาย/ นาง/ นางสาว).....สกุล.....เพศ.....
 วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา..... อาชีพ () ข้าราชการ,
 () ลูกจ้างประจำ สังกัด..... () พนักงานมหาวิทยาลัย () ลูกจ้างชั่วคราว () อื่นๆ.....
 บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์ที่บ้าน/ที่ติดต่อสะดวก.....

ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับผู้มีอายุเกิน 35 ปี

(สามารถเบิกได้ตามสิทธิปีละ 1 ครั้ง)

รายการตรวจพิเศษเพิ่ม (ไม่สามารถเบิกได้)

<input type="checkbox"/>	ไวรัสตับอักเสบ A	(Anti - HAV)	470 บาท
<input type="checkbox"/>	ไวรัสตับอักเสบ B	(HBs Ag,Ab)	240 บาท
<input type="checkbox"/>	ไวรัสตับอักเสบ C	(Anti-HCV)	420 บาท
<input type="checkbox"/>	โรคเอดส์	(HIV)	250 บาท
<input type="checkbox"/>	ซิฟิลิส	(VDRL)	120 บาท
<input type="checkbox"/>	การตั้งครรภ์	(Pregnancy test)	50 บาท
<input type="checkbox"/>	ไทรอยด์	(FT4, TSH)	440 บาท
<input type="checkbox"/>	มะเร็งตับ	(AFP)	250 บาท
<input type="checkbox"/>	มะเร็งกระเพาะอาหาร,ลำไส้ (CEA)		300 บาท
<input type="checkbox"/>	มะเร็งต่อมลูกหมาก	(PSA)	400 บาท
<input type="checkbox"/>	มะเร็งเต้านม	(CA15-3)	400 บาท
<input type="checkbox"/>	มะเร็งรังไข่	(CA125)	400 บาท
<input type="checkbox"/>	มะเร็งมดลูก	(B-HCG)	250 บาท
<input type="checkbox"/>	โรคภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง (ANA)		150 บาท
<input type="checkbox"/>	ตรวจแยกชนิดไขมัน	(HDL-C, LDL-C)	180 บาท
<input type="checkbox"/>	ข้ออักเสบรูมาตอยด์	(Rhoumatoid factor)	60 บาท
<input type="checkbox"/>	ตรวจจำนวนเกร็ดเลือด	(Platelet count) (tube CBC)	50 บาท
<input type="checkbox"/>	ตรวจชนิดของฮีโมโกลบิน	(Hemoglobin typing)	400 บาท
<input type="checkbox"/>	หมู่เลือด	(ABO Blood group)	30 บาท
<input type="checkbox"/>	ตรวจอื่นๆ.....		บาท

<input type="checkbox"/>	โรคโลหิตจาง	(CBC)	60 บาท
<input type="checkbox"/>	ปัสสาวะ	(Urinalysis)	40 บาท
<input type="checkbox"/>	อุจจาระ	(Stool Examination)	40 บาท
<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน	(FBS) (Glucose)	40 บาท
<input type="checkbox"/>	ไขมันในเส้นเลือด		130 บาท
		- CHOLESTEROL	
		- TRIGLYCERIDE	
<input type="checkbox"/>	การทำงานของตับ		150 บาท
		- AST	
		- ALT	
		- ALP	
<input type="checkbox"/>	การทำงานของไต		80 บาท
		- B.U.N	
		- CREATININE	
<input type="checkbox"/>	โรคเก๊าท์	(Uric Acid)	60 บาท
<input type="checkbox"/>	เอกซเรย์	(Chest Film)	140 บาท

รายการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับผู้ที่อายุไม่เกิน 35 ปี

(สามารถเบิกได้ตามสิทธิ ปีละ 1 ครั้ง)

<input type="checkbox"/>	โรคโลหิตจาง (CBC)	60 บาท
<input type="checkbox"/>	อุจจาระ (Stool Examination)	40 บาท
<input type="checkbox"/>	ปัสสาวะ (Urinalysis)	40 บาท
<input type="checkbox"/>	เอ็กซเรย์ (Chest Film)	140 บาท

หมายเหตุ: 1. กรุณาเติมเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ต้องการตรวจ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่
 ตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
 (.....)
 วันที่.....

ใบแจ้งความประสงค์ต้องการตรวจเอ็กซ์เรย์ล่วงหน้า

ชื่อ - นามสกุล.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องเวลาที่ต้องการตรวจ

วันที่ต้องการตรวจ	เวลา 10.30 - 11.30 น.	เวลา 14.00 - 15.00 น.	หมายเหตุ
จันทร์ที่ 17 มี.ค. 51			จำกัดจำนวนเพียง ช่วงเวลาละ 35 คน เท่านั้น
อังคารที่ 18 มี.ค. 51			
พุธที่ 19 มี.ค. 51			

หมายเหตุ : กรณีที่จำนวนผู้ต้องการตรวจเอ็กซ์เรย์มีมากกว่า 35 คน ในแต่ละช่วงเวลาที่กำหนด
คณะฯ จะขอปรับเปลี่ยนให้อยู่ในช่วงเวลาที่ว่าง โดยจะแจ้งให้ท่านทราบล่วงหน้า