



โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง  
Tel. 054-281766 ต่อ 103

## REQUEST FOR X-RAY

Ward or Department .....

Date.....

Name..... Age .....ปี HN. ....

สิทธิการรักษา ☐ เบิกได้/จ่ายตรง ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ประกันสังคมมีใบส่งตัว ☐ ประกันสุขภาพมีใบส่งตัว  
☐ ท.74 ☐ จ่ายเงินเอง ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

V/S T..... C. P ..... /min. RR ..... /min. BP ..... mm/Hg BW ..... Kgs

CC. ....

Pl. ....

Part to be examination

Request by

พยาน

.....

.....

(.....)

(.....)

