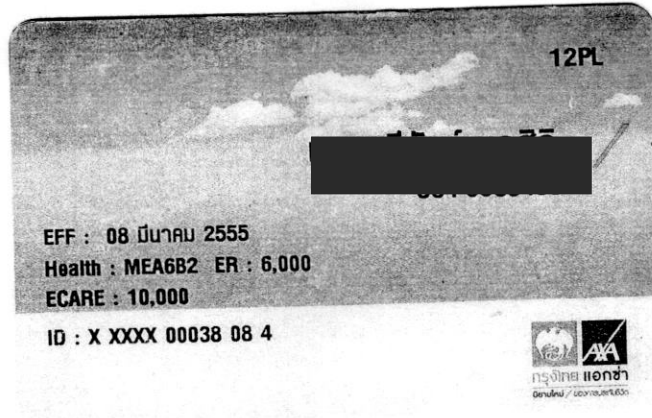




HN : 00 [blacked out]  
AN : 65 [blacked out]  
Admit : 21/3/65; 09.56 น.  
ถึง : 21/3/65; 304

ถึง

△ Fax Claim Service (FCS)

บริษัท กรุงเทพ-แมคซ่า

จาก

โรงพยาบาลกรุงเทพ

ตอนที่ 1 สำหรับผู้ป่วยประกัน

ชื่อ-สกุล..... 9619..... วันเดือนปีเกิด..... 1/4/2510..... อายุ..... 54..... ปี เพศ..... หญิง  
อาชีพ..... ( ) บัณฑิตประชาชน ( ) อื่นๆ (ระบุ)..... เลขที่บัตร..... 38.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน..... 312 ลอกลาภ ต. กระบี่ อ. กระบี่ จ. ภูเก็ต..... โทรศัพท์.....  
เลขที่กรมธรรม์..... 03..... ใบรับรอง เลขที่.....  
บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ)..... เลขที่กรมธรรม์.....

กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล เลขที่กรมธรรม์..... ลำดับที่ (ถ้ามี).....  
จากการเกิดเหตุครั้งนี้  
( ) ไม่เคยรักษาที่ใด ( ) เคยรักษาที่..... เมื่อ..... โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาไปแล้วเป็นจำนวนเงิน..... บาท

วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ.....  
สาเหตุของอุบัติเหตุ.....  
ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ ลักษณะบาดเจ็บ.....

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายเช็คค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่า การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ แม้บริษัทฯ จะได้ออกความเห็นชอบในการรับตัวให้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทฯ ได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งคืนคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าว

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้ทำการตรวจหรือรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค โภชนาหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัทฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามียกบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าแล้ว จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ X..... ผู้เอาประกันภัย วันที่..... 21/3/65 พยาน..... สุวิภา สมณรัตน์ พยาน.....  
(.....) กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์ (.....) (.....)

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้ทำการตรวจหรือรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งผลการตรวจเกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) ต่อบริษัทฯ..... หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามียกบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย วันที่..... พยาน..... พยาน.....  
(.....) กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์ (.....) (.....)

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Physician's Name..... ธีรวัฒน์ พงษ์วิเศษ  
Medical Specialty..... จักษุวิทยา  
Medical License No..... 24628  
Admission Date..... 21/3/65 Time..... PM / HT  
Underlying condition.....  
H.N.....  
Provisional Diagnosis..... Trauma right detachment  
Vital signs T..... BP..... P..... RR.....  
Chief complaint/duration..... ภาวะบาดเจ็บ 1 ชั่วโมง  
Indication for Admission..... part plan vitrectomy  
Present illness or cause of injury..... ภาวะบาดเจ็บ 1 ชม

Plan of Treatment..... part plan vitrectomy, melolysis, RB/PA  
Previous treatment for this illness or injury (Date & Place)..... 21/3/65  
Expected Length of stay..... 3..... day(s) Others.....  
( ) Private case ( ) Hospital case  
The illness directly related to an accident ( ) No ( ) Yes  
If yes, date..... Time.....  
The illness or injury influenced by alcohol or drug addict ( ) No ( ) Yes ( ) Unknown  
Signature.....  
Date.....

ตอนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

บริษัทฯ ได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ ขอเรียนว่า ( ) ยืนยันสิทธิ์เบื้องต้น (หากบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์การจ่ายถ้าสมมติว่าไม่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา)

( ) ไม่สามารถใช้สิทธิ์ได้เนื่องจาก..... ( ) อื่น ๆ.....

ลงชื่อ..... ผู้พิจารณา บริษัท..... วันที่..... เวลา.....

ส่วนที่ 2 (Form B) Physician Discharge Summary

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง

|     |                                     |     |                                                      |
|-----|-------------------------------------|-----|------------------------------------------------------|
| ถึง | บริษัท กูรูไทย - แอวกาศ ประสิทธิภาพ | จาก | โรงพยาบาล อัสสัมชัญ<br>หมายเลขโทรสาร 096-361236 ห้อง |
|-----|-------------------------------------|-----|------------------------------------------------------|

Patient's Name: นาย [redacted] HN 0013 [redacted] AN 65001 [redacted]  
Admission Date 21/3/65 Time 09.56 น. Discharge Date 23/3/65 Time 15.30 น.

Please give detail relating to this treatment

\*Please use medical terminology

**For Illness:**

1. Date you first saw this patient for this illness: 16/3/65
2. Chief complaint and duration of symptoms: ปวดตา 2 ตา 1 สัปดาห์
3. In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness: 2 สัปดาห์

**For Injury:**

1. Date & Time of injury ..... Date & Time you first saw this patient .....

2. Cause of injury .....

Nature of wound and injured organs .....

มีเอกสารแนบ .....

3. (Did you smell alcohol from the patient?)

ได้กลิ่นสุราจากผู้ป่วยหรือไม่ ( ) No ( ) Yes ( ) Not known

Level of consciousness ( ) Normal ( ) Confusion ( ) Drowsiness ( ) Semi-coma ( ) Coma

(Did the patient take any medication, drugs?)

ผู้ป่วยกินยาหรือไม่ ( ) No ( ) Yes (ข้อ/ชนิดของยา) ..... ( ) Not known

Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs)

tractional + rhegmatogenous  
retinal detachment right eye  
PM, H7

Underlying diseases .....

Investigations/ Pathological studies .....

Diagnosis 1. P[ro]liferative tractional retinal detachment ICD10-TM .....

Diagnosis 2. - PM ICD10-TM .....

Diagnosis 3. - H7 ICD10-TM .....

(Please fill the diagnosis that has been treated on this admission, not including the underlying diseases or conditions not treated; please rank from the most important Dx to the least one)

Treatment .....

Surgery/Operation. plus plan a vitrectomy, endolaser, silicone oil membrane peeling P/A Date 22/3/65 ICD10-TM/ICD9-CM .....

Result /Complications. better ICD10-TM/ICD9-CM .....

Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? ☒ No ( ) Yes ( ) Not known

For Female is the patient pregnant? ( ) No ( ) Yes Gestational age ..... Wks

Was the treatment related to infertility? ☒ No ( ) Yes .....

HIV ☒ Not done ( ) Done ( ) Result ..... (ในกรณีที่ผู้ป่วยยินยอมให้เปิดเผย : ลายเซ็นต์ .....

Has patient ever been treated by other doctor before? ☒ No ( ) Yes, please give name and address .....

**Past History**

| Date | Signs & Symptoms | Diagnosis | Treatment | Physicians |
|------|------------------|-----------|-----------|------------|
|      |                  |           |           |            |
|      |                  |           |           |            |
|      |                  |           |           |            |

For accident: estimated time for recovery .....

Signature: [Signature] Medical specialty: จักษุวิทยา Medical License No. 24628

( ) Tel. No. 096-361236 Date .....





# ใบตรวจรักษา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

353 ถ.ยาวราช ต.ตลาดใหญ่ อ.เมือง จ.ภูเก็ต 83000



[Barcode สำหรับสแกนเอกสาร] VN 650316090106

ชื่อ : นาย [REDACTED] HN : 001 [REDACTED]  
 เพศ : ชาย วัน เดือน ปีเกิด : 1 เมษายน 2510 อายุ : 54 ปี 11 เดือน หมุ่โลหิต : ไม่ทราบ เลขบัตรประชาชน : 38302 [REDACTED] 34  
 ที่อยู่ : 1 [REDACTED] อ.วิชิตสงคราม ต.กะทู้ อ.กะทู้ จ.ภูเก็ต  
 ชื่อผู้ติดต่อฉุกเฉิน : นส.กนกกุล (บุตร) เบอร์โทรผู้ติดต่อฉุกเฉิน : 09 [REDACTED]  
 สิทธิการรักษา : HI ประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งต่อนอกเครือข่ายตรวจ เลขที่สิทธิ : 8920761738  
 วันที่รับบริการ : 16 มีนาคม 2565 เวลา 09:01 น. สถานพยาบาลหลัก : โรงพยาบาลปลายพระยา  
 แพทย์ผู้ตรวจ : พิศนัท นามเกิด, นพ. 224628 สถานพยาบาลรอง : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกแซะ  
 โรคประจำตัว : DM/HT  
 แพทย์ :

คิวรับบริการ  
958

| <p><b>ข้อมูลซักประวัติทั่วไป</b></p> <p>ผู้ซักประวัติ : น.ส.วรัทธนันท์ จันทร์เพ็ญ</p> <p>น.น. 81.00กก. สูง 165.0 ซม. BMI : 29.752 T. 36.8 °C<br/>             BP. 175 / 93 mmHg RR. 20 /min. P. 90 /min.<br/>             O2 Sat DTX ครั้งที่ 1/2 : LMP</p> <p>ประเภทผู้ป่วย :<br/>             การดื่มสุรา : ไม่ดื่ม<br/>             การสูบบุหรี่ : ไม่เคยสูบ<br/>             การคัดกรองแพทย์ : ปฏิเสธการแพ้</p>                                                           | <p><b>ผลการวินิจฉัย</b></p> <p>ICD10 ชื่อโรค</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ICD10</th> <th>ชื่อโรค</th> <th>ประเภท</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H431</td> <td>Disorders of vitreous body Vitreous haemorrhage</td> <td>[1] 2246</td> </tr> <tr> <td>H3602</td> <td>Retinal disorders in diseases classified elsewhere Diabetic retinopathy (E10-E14 with common fourth character .3) Proliferative diabetic retinopathy (PDR)</td> <td>[2] 2246</td> </tr> <tr> <td>E113</td> <td>Non-insulin-dependent diabetes mellitus DM type 2 with ophthalmic complications</td> <td>[2] 2246</td> </tr> <tr> <td>H334</td> <td>Retinal detachments and breaks Traction detachment of retina</td> <td>[2] 2246</td> </tr> </tbody> </table> | ICD10    | ชื่อโรค           | ประเภท     | H431 | Disorders of vitreous body Vitreous haemorrhage | [1] 2246     | H3602 | Retinal disorders in diseases classified elsewhere Diabetic retinopathy (E10-E14 with common fourth character .3) Proliferative diabetic retinopathy (PDR) | [2] 2246 | E113  | Non-insulin-dependent diabetes mellitus DM type 2 with ophthalmic complications | [2] 2246 | H334  | Retinal detachments and breaks Traction detachment of retina | [2] 2246 |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|------------|------|-------------------------------------------------|--------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|--------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|
| ICD10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ชื่อโรค                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ประเภท   |                   |            |      |                                                 |              |       |                                                                                                                                                            |          |       |                                                                                 |          |       |                                                              |          |                                                          |
| H431                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Disorders of vitreous body Vitreous haemorrhage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | [1] 2246 |                   |            |      |                                                 |              |       |                                                                                                                                                            |          |       |                                                                                 |          |       |                                                              |          |                                                          |
| H3602                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Retinal disorders in diseases classified elsewhere Diabetic retinopathy (E10-E14 with common fourth character .3) Proliferative diabetic retinopathy (PDR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | [2] 2246 |                   |            |      |                                                 |              |       |                                                                                                                                                            |          |       |                                                                                 |          |       |                                                              |          |                                                          |
| E113                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Non-insulin-dependent diabetes mellitus DM type 2 with ophthalmic complications                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | [2] 2246 |                   |            |      |                                                 |              |       |                                                                                                                                                            |          |       |                                                                                 |          |       |                                                              |          |                                                          |
| H334                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Retinal detachments and breaks Traction detachment of retina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | [2] 2246 |                   |            |      |                                                 |              |       |                                                                                                                                                            |          |       |                                                                                 |          |       |                                                              |          |                                                          |
| <p><b>การวัดความดันโลหิตซ้ำ</b></p> <p>วันที่ เวลา ผลการวัด ซีกขวา RR TT O2 Sat จุดบันทึกผล<br/>             16 มี.ค. 65 08:35:40 175 / 93 90 20 36.8 252 ซักประวัติห้องต</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>Diagnosis Text</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                   |            |      |                                                 |              |       |                                                                                                                                                            |          |       |                                                                                 |          |       |                                                              |          |                                                          |
| <p><b>อาการสำคัญ / ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน / ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต</b></p> <p>CC : หลังผ่าตัดจอประสาทตาขวา 1 สัปดาห์</p> <p>HPI (แพทย์) : case R/O RRD with DME RE , PE,23G PPV,EDL,SO RE/LA 7/3/65<br/>             ตาแดง ๆ มองเห็นสว่างขึ้น มาตามนัด (ผ่านการคัดกรองโควิด-19)(2022-03-16)</p> <p>PMH :</p> <p>Doctor Note/Past History :</p>                                                                                                                          | <p><b>หัตถการ</b></p> <p>ขยายม่านตาและดูจอประสาทตา(DM+HT) []</p> <p>ขยายม่านตาและดูจอประสาทตา(DM+HT) []</p> <p>การวัดสายตา(VA) [9509]</p> <p>วัดความดันตา []</p> <p>ตรวจดู Slit lamp (ใช้กล้อง) []</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                   |            |      |                                                 |              |       |                                                                                                                                                            |          |       |                                                                                 |          |       |                                                              |          |                                                          |
| <p><b>การคัดกรองตา</b></p> <p>VA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตาขวา [A]</th> <th>HM</th> <th>PH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ตาซ้าย [B]</td> <td></td> <td>PH</td> </tr> </tbody> </table> <p>CT</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NC.TN. ตาขวา</th> <th>15</th> <th>mmHg.</th> <th>ตาขวา</th> <th>mmHg.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ตาซ้าย</td> <td></td> <td>mmHg.</td> <td>SCHIOTZ.TN ตาซ้าย</td> <td>mmHg.</td> </tr> </tbody> </table> | ตาขวา [A]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | HM       | PH                | ตาซ้าย [B] |      | PH                                              | NC.TN. ตาขวา | 15    | mmHg.                                                                                                                                                      | ตาขวา    | mmHg. | ตาซ้าย                                                                          |          | mmHg. | SCHIOTZ.TN ตาซ้าย                                            | mmHg.    | <p><b>การรับวัคซีน</b></p> <p>30 ธ.ค. 2442 วัคซีน ::</p> |
| ตาขวา [A]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | HM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PH       |                   |            |      |                                                 |              |       |                                                                                                                                                            |          |       |                                                                                 |          |       |                                                              |          |                                                          |
| ตาซ้าย [B]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PH       |                   |            |      |                                                 |              |       |                                                                                                                                                            |          |       |                                                                                 |          |       |                                                              |          |                                                          |
| NC.TN. ตาขวา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | mmHg.    | ตาขวา             | mmHg.      |      |                                                 |              |       |                                                                                                                                                            |          |       |                                                                                 |          |       |                                                              |          |                                                          |
| ตาซ้าย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | mmHg.    | SCHIOTZ.TN ตาซ้าย | mmHg.      |      |                                                 |              |       |                                                                                                                                                            |          |       |                                                                                 |          |       |                                                              |          |                                                          |

ลงชื่อ ..... พิศนัท นามเกิด, นพ. 224628 ..... แพทย์ผู้ตรวจ



โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

353 ถนนเยาวราช อ.เมือง จ.ภูเก็ต 83000 โทร (076) 361234 โทรสาร (076) 361333

ชื่อ - สกุล : นาย [REDACTED]

HN : 0013 [REDACTED]

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต  
Vachira Phuket Hospital

ชื่อ-นามสกุล นาย [REDACTED]

เพศ ชาย เลขที่บัตรประชาชน 383 [REDACTED] 84

สิทธิการรักษา 13 เงินสด

วันที่มารับบริการ 16 มีนาคม 2565 09:01 น.

อายุ 54 ปี 11 เดือน 15 วัน HN 00138 [REDACTED]

โรคประจำตัว : ไม่มีโรคประจำตัว

Page 1 of 2

## ข้อมูลการซักประวัติ

นน. 81.00 กก. สูง 165.0 ซม. BMI : 29.752 T. 36.8 °C  
BP. 175/ 93 mmHg RR. 20 /min. P. 90 /min.  
O2 Sat DTX ครั้งที่ 1/2 : LMP

การดื่มสุรา : ไม่ดื่ม

การสูบบุหรี่ : ไม่เคยสูบ

การคัดกรองแพทย์ : ปฏิเสธการแพ้

## อาการสำคัญ

หลังผ่าตัดจอประสาทตาขวา 1 สัปดาห์

HPI case R/O RRD with DME RE , PE, 23G PPV, EDL, SO RE/LA  
7/3/65 ตาแดง ๆ มองเห็นสว่างขึ้น มาตามนัด  
(ผ่านการคัดกรองโควิด-19)

VA @ Hm

15 m

รับทราบเรื่องรายละเอียด

☐ มี☒ ไม่มี

[Signature]

[Signature]

## Diagnosis

Diag Text

Doctor Note

## Treatment

รายการนัดหมาย

RRD @  
- Rt PV, EPL, PFCL  
@ LA (2nd)

จักษุแพทย์  
[Signature]

Oxane® 5700  
Bausch & Lomb 10ml syringe

LOT

13721

2024-07

ผู้ตรวจ

นพ.พิสิษฐ์ นามวงศ์

2.24628

พิมพ์จากเครื่อง EYE405 Login by : วรธนันท์ จันทร์เพ็ญ, น.ส.  
วันที่พิมพ์ 16 มีนาคม 2565 เวลา 08:35 น.

B3502-2

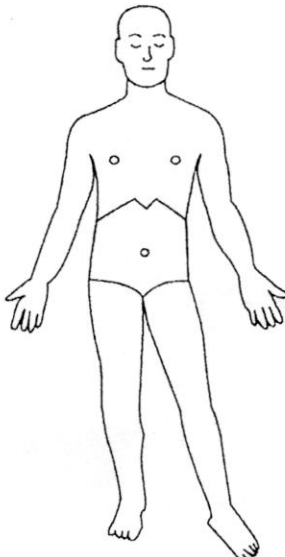
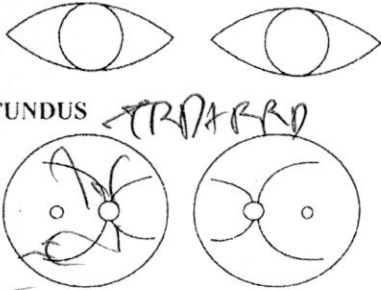
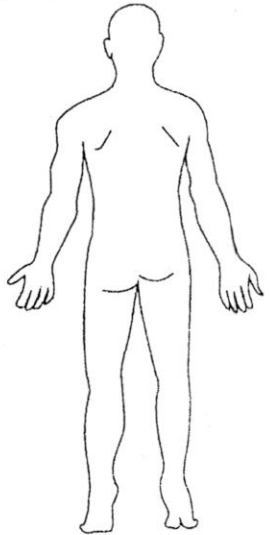


[Signature]



[Barcode Label]

# HISTORY: PHYSICAL EXAMINATION : DIAGNOSIS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|---------------------------------------------|
| วันที่:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | อาการสำคัญ (CC): ตา..... <u>P</u> มัว มานาน..... <u>1</u> วัน/อาทิตย์/เดือน/ปี                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
| ประวัติปัจจุบัน (PI):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | What:                                                                                                                                                         | Where:                                                                                                                                                                                              | When:                                                                                 | Why:                                                                                                                                                                              | How: | How many: | ประวัติเฉพาะ                                |
| ผู้ป่วยมีอาการตามัว                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> ข้างขวา                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           | ซักประวัติจาก                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ข้างซ้าย                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           | <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ป่วย |
| ตรวจพบเป็นต้อกระจก                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> ข้างขวา                                                                                                                              | ตรวจพบเป็นโรคจอประสาทตา                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> ข้างขวา                                           |                                                                                                                                                                                   |      |           | <input type="checkbox"/> ญาติ               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ข้างซ้าย                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ข้างซ้าย                                                     |                                                                                                                                                                                   |      |           | <input type="checkbox"/> เวชระเบียน         |
| นัดผ่าตัดต้อกระจก                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> ข้างขวา                                                                                                                              | นัดผ่าตัดจอประสาทตา                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> ข้างขวา                                           |                                                                                                                                                                                   |      |           | <input type="checkbox"/> ใบส่งต่อ           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ข้างซ้าย                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ข้างซ้าย                                                     |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
| ประวัติครอบครัว (FH): แพีย: <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่แพ้ยา <input type="checkbox"/> แพ้ยา                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
| โรคต้อกระจกในครอบครัว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ประวัติรับประทานยาละลายลิ่มเลือด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
| โรคประจำตัว/อดีต (PM): 1.) <input type="checkbox"/> ไม่มี 3.) โรคไตอื่น.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
| 2.) <input type="checkbox"/> มี <input checked="" type="checkbox"/> DM <input checked="" type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> โรคอื่น.....                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
| การตรวจร่างกาย: T= <u>36.7</u> °C BP= <u>92</u> mmHg. PR= <u>96</u> /min RR= <u>20</u> /min GCS= E <u>4</u> V <u>5</u> M <u>6</u> = <u>15</u> .                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | General                                                                                                                                                       | EYE EXAM<br>VA RE <u>HM</u> LE<br>Tn=.....mmHg Tn=.....mmHg<br>LENS RE LE<br>Normal<br>FUNDUS <u>TRAPRD</u><br> |  |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Skin                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | HEENT                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lungs                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Heart                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Abdomen                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Genitalia                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Extremities                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Neurological                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Impression/Diagnosis: 1.)                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       | <input type="checkbox"/> Senile Cataract <input checked="" type="checkbox"/> RE <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> BE<br><input type="checkbox"/> .....Cataract |      |           |                                             |
| 2.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> DM <input checked="" type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> โรคอื่น <u>TRAPRD</u><br><input type="checkbox"/> NONE |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |
| Plan: <input type="checkbox"/> Phacoemulsification <input type="checkbox"/> without IOL <input checked="" type="checkbox"/> RE <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> BE<br><input type="checkbox"/> ECCE <input type="checkbox"/> with IOL under <input checked="" type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> GA<br><input checked="" type="checkbox"/> ..... <u>ppv</u> |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |           |                                             |

Name of Patient:

นาย

นางสาว

นาย

HN 00138 AN 6500

Date : 21 มี.ค. 65

ID : 3830

HN.

12

เลขที่ใบอนุญาต 24628

วันที่รับ..... 21/3/65 เวลา 12.00 น. ☒ รับใหม่ จาก VC ☐ Refer จาก.....มาถึงหอผู้ป่วยโดย ☒ เดินมา ☐ อุ้ม ☐ รถนั่ง ☐ เปลนอน..... ผู้ให้ข้อมูล ☒ ผู้ป่วย ☐ญาติ ☐ ผู้นำส่ง

|                       |                                                                                                               |                          |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vital signs T 36.1 °C | GCS total 16 E 4 V 5 M 6                                                                                      | Motor power normal = 5   | Move against resistance = 4      | ประเภทผู้ป่วย<br><input type="checkbox"/> 4a <input type="checkbox"/> 3a<br><input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 2a <input checked="" type="checkbox"/> 2b<br><input type="checkbox"/> 2c <input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 1b<br><input type="checkbox"/> 1c <input type="checkbox"/> 1d |
| P 94 ครั้ง/นาที       | Pupil Rt. 3 mm                                                                                                | Move against gravity = 3 | Move with gravity eliminated = 2 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| R 20 ครั้ง/นาที       | <input checked="" type="checkbox"/> Reaction <input type="checkbox"/> Sluggish <input type="checkbox"/> Fixed | Trace contraction = 1    | No contraction = 0               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| BP 121/80 mmHg        | Lt. 3 mm                                                                                                      | Fracture = F             |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| SpO <sub>2</sub> 97 % | <input checked="" type="checkbox"/> Reaction <input type="checkbox"/> Sluggish <input type="checkbox"/> Fixed | Arm Rt. 5 Lt. 5          | Leg Rt. 5 Lt. 5                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล.....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน..... case R/O RRD &amp; DME PE men 50 ปี 100% 30/10/2019

.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ☒ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....ในปีนี้ได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ☐ ไม่เคย ☐ เคย.....ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ☒ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                              |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี<br>ระบุ DM, HT<br>ยาที่รับประทานเป็นประจำ <input type="checkbox"/> ไม่มี<br><input checked="" type="checkbox"/> มี ระบุ..... | 2. ประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี<br>และอื่นๆ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... | 4. ประวัติการผ่าตัดและ/หรือการคลอด<br>การผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี ระบุ<br>ในอุ้งครรภ์ 15.0 | 5. การใช้สารเสพติด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี<br><input type="checkbox"/> สูบบุหรี่.....มวน/วัน เป็นเวลา.....<br>ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ.....มวน/วัน<br><input type="checkbox"/> ดื่มสุรา.....แก้ว/วัน เป็นเวลา.....<br>ปัจจุบัน <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่ม.....แก้ว/วัน<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |
| 3. ในเด็กอายุน้อยกว่า 4 ขวบ<br>การได้รับภูมิคุ้มกัน <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ<br>พัฒนาการ <input type="checkbox"/> สมวัย <input type="checkbox"/> ไม่สมวัย                     |                                                                                                                              | การคลอด G..... P..... A.....<br>Last.....ปี                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## การประเมินสภาพทางกาย

- ระดับความรู้สึก ☒ Alert ☐ Confused ☐ Stupor ☐ Semiconscious ☐ Coma
- การหายใจ ☒ ปกติ ☐ หอบ ☐ หายใจลำบาก ☐ หายใจหายใจ  
☐ อื่นๆ ระบุ.....
- การไหลเวียนโลหิต ☒ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....
- ผิวหนัง สีผิว ☒ ปกติ ☐ ซีด ☐ เหลือง ☐ เหลือง ☐ อื่นๆ ระบุ.....  
ความตึงตัว ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....  
ผื่น/คัน ☐ ไม่มี ☐ มี.....  
จ้ำเลือด ☐ ไม่มี ☐ มี.....  
บาดแผล ☐ ไม่มี ☐ มี.....
- การรับรู้และประสาทสัมผัส  
การมองเห็น ☐ ปกติ ☒ ผิดปกติ.....  
☐ แขนงตา ☐ คอนแทกต์เลนส์  
การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ..... ☐ ใช้เครื่องช่วยฟัง  
การพูด ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ..... ภาษาที่ใช้.....  
การได้กลิ่น ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....  
การสัมผัส ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....

- การรับประทานอาหาร ☒ ด้วยตัวเอง ☐ ป้อน ☐ ทางสายยาง ระบุ.....
- การขับถ่าย  
อุจจาระ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....  
☐ Colostomy  
ปัสสาวะ ลักษณะ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....  
☐ แสบขัดเวลาถ่าย ☐ ปัสสาวะลำบาก ☐ กลั้นปัสสาวะไม่ได้  
☐ Foley catheter ☐ Cystostomy ☐ Self catheter
- อวัยวะสืบพันธุ์ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....  
เต้านม ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....  
ประจำเดือน ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
- การเคลื่อนไหว  
กล้ามเนื้อและข้อต่างๆ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....  
การทรงตัว ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ.....
- การออกกำลังกาย ☒ ไม่เคย ☐ < 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ☐ ≥ 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- การพักผ่อนนอนหลับ 6-8 ชม./วัน
- อื่นๆ.....

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... HN.....

นาย..... HN..... 49 / รพ.วชิระภูเก็ต FORM 22 A

84 HN.....



| PROGRESS NOTE | Date<br>Time | ORDER FOR ONE DAY                                                                                  | Date<br>Time | ORDER FOR CONTINUATION | Date Time<br>Nurse's sign |
|---------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|---------------------------|
|               | 21/13/65     | <p>- Poly-oph eye dy to OR</p> <p>- CBC 5 ML → Clinical noting</p> <p>- nasal sct onw Covid-19</p> |              |                        |                           |

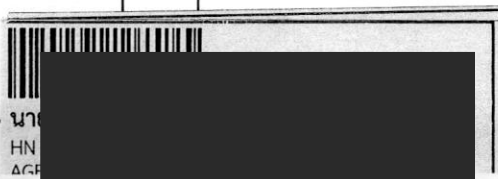
Name of Patient : ..... Age ..... Ward ..... HN .....

|  |                                                                                                                                                       |  |  |  |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|  | <p>Requed test , RT-PCR</p> <p>U</p> <p>นพ.พิพัฒน์ นามเกิด</p> <p>24628</p> <p>21/13/65</p> <p>นางสาวจุฑามาศ นามเกิด</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> |  |  |  |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

Name of Patient : ..... Age ..... Ward ..... HN .....

|  |                                                                |  |  |  |
|--|----------------------------------------------------------------|--|--|--|
|  | <p>OR</p> <p>22 / 13.00 / 65</p> <p>ถึงห้องผ่าตัด 09.05 น.</p> |  |  |  |
|--|----------------------------------------------------------------|--|--|--|

Name of Patient : .....



HN: 1385093

| PROGRESS NOTE                                                                                                                                                            | Date<br>Time | ORDER FOR ONE DAY | Date<br>Time | ORDER FOR CONTINUATION | Date Time<br>Nurse's sign |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|--------------|------------------------|---------------------------|
| <p>23/3/65</p> <p>8 (ตามนัด), นพ., ปกติเล็กน้อย สงสัยน้อย.</p> <p>sp day 1</p> <p>On case TR@ sp PPV, EDL, MP, SO RELIA 22/3/65</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>Tu 26, 21 mly</p> |              |                   |              |                        |                           |

ame of Patient : 15 Age: Ward: HN:

|                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <p>นพ.พิพัฒน์ นามเกิด</p> <p>224628</p> <p>136 cu - 1-1. Atropine @ 1000 - I</p> <p>Inf - 1</p> <p>polyh - 1</p> <p><del>SS 1000</del> II</p> <p>8, 1000 m</p> <p>slit eye</p> <p>don val</p> |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|

ame of Patient : Age: Ward: HN:

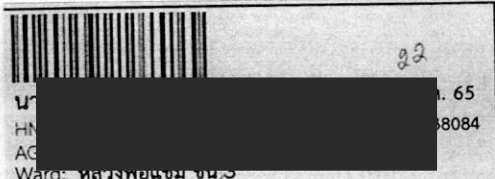
|  |  |  |  |                                                                          |
|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  | <p>23/3/65</p> <p>14.45 น.</p> <p>สุวรรณี สันโต</p> <p>พยาบาลวิชาชีพ</p> |
|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------|

ame of Patient : HN :



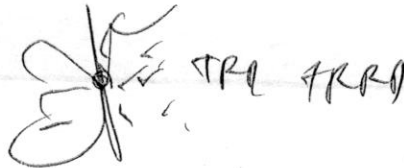
038

# Vachiraphuket Hospital



## r Retina Sugery

1 Name..... Age..... H.N.....  
 2 Surgeon U. W. P. P. P. Assistant U. W. P. P. P. Date.....  
 3 Preoperative Diagnosis TRM + PPO Start 09.40  
 Postoperative Diagnosis..... Stop 10.40  
 4 Anesthesia ☐ GA ☒ LA ☒ Retrobulbar with 2% xylocaine  
☐ Peribulbar ☐ Van lint ☐ O'Brien ☐ Other tra  
 5 Akinesia ☒ No ☐ Yes  
 6 Findings



**Oxane® 5700**  
Bausch & Lomb 10ml syringe

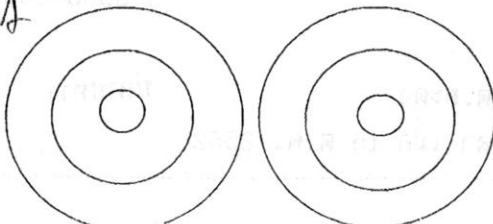
LOT 13721  
2024-07

7 Procedures  
☐ Peritomy ☐ local flap ☐ 360 degree  
☐ Cryotherapy.....  
☒ Laser ☐ Endolaser ☐ Procedure..... Ar/Nd.....  
 Power.....mW. Spot Size.....µm  
 Duration.....msec. Total.....Spots  
☐ Indirect laser  
☐ Contact lens.....  
☐ Scleral bucking ☐ Buckle No. .... at..... ☐ band No. ....  
☒ PPV ☐ PPL/Fragmatome ☒ MP.....  
☐ Retinotomy/Retinectomy at..... ☐ SRF drainage at.....  
☒ FAX ☐ SF.....% ☐ C3F3.....%  
☒ Scleral wound closure..... ☐ Nylon 10-0 ..... ☒ Other SO  
☐ Other.....

8 Intraoperative Complication.....  
 9 Diagram

of PPV, MP, ERM, 50° @ 1/4

(296)



RE

LE



Sign.....



\*\*ใช้สำหรับยื่น-คืนเอกสารในระบบ\*\*

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
THAILAND

สิทธิการรักษา : HI ประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งต่อจากนอกเครือข่ายตจว.. เลขบัตร : 89

วันออกบัตร : 30/12/2547 วันหมดอายุ : 31/3/2570

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                                                                                                                               |                         |                                                                            |                                                                                                                                            |                                             |                             |                                           |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ชื่อญาติหรือผู้ติดต่อได้ : นส. [REDACTED]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  | เกี่ยวข้องกับ : บุตร                                                                                                          |                         | ที่อยู่ติดต่อ : [REDACTED]                                                 |                                                                                                                                            | เบอร์โทรติดต่อ : 0 [REDACTED]               |                             | 6 ถนนวิชิตสงคราม ต.กะทู้ อ.กะทู้ จ.ภูเก็ต |                                                     |
| 1. ADMISSION NUMBER<br><b>650 [REDACTED]</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                  | 2. PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER OR PASSPORT NUMBER<br><b>38 [REDACTED]</b>                                                  |                         |                                                                            |                                                                                                                                            | 3. HOSPITAL NUMBER<br><b>001 [REDACTED]</b> |                             |                                           |                                                     |
| 4. PATIENT NAME<br><b>นาย [REDACTED]</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |                                                                                                                               |                         | 5. PATIENT ADDRESS<br><b>หมู่ 6 ถ.วิชิตสงคราม ต.กะทู้ อ.กะทู้ จ.ภูเก็ต</b> |                                                                                                                                            |                                             |                             | น้ำหนัก 81,000 กรัม<br>ส่วนสูง 165 ซม.    |                                                     |
| 6. SEX<br><b>ชาย</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 7. MARITAL STATUS<br><b>อยู่</b> | 8. ETHNIC GROUP<br><b>99 ไทย</b>                                                                                              | RELIGION<br><b>พุทธ</b> | 9. OCCUPATION<br><b>ทำสวน</b>                                              | Gravidity<br><b>0</b>                                                                                                                      | Parity<br><b>0</b>                          | Living_Children<br><b>0</b> | CONDITION OF CHILD AT BIRTH               |                                                     |
| 10. DATE OF BIRTH <b>1/4/2510</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                  | 11. AGE AT ADMISSION <b>54 YEARS</b>                                                                                          |                         | MONTH. <b>20</b> DAYS                                                      |                                                                                                                                            | 12. BIRTHWEIGHT (INFANT ONLY) GRAMS         |                             |                                           |                                                     |
| 13. WARD<br><b>หลวงพ่อแช่ม<br/>ชั้น 3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  | 14. DEPARTMENT<br><b>จักษุวิทยา</b>                                                                                           |                         | 15 DATE OF                                                                 | DATE                                                                                                                                       | MONTH                                       | YEAR                        | TIME                                      | 16 LENGTH OF STAY<br>รวมระยะเวลาอน รพ. <b>2 ชม.</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  | 01 MEDICINE 04 GYN 07 EYE 10 RADIOLOGY<br>02 SURGERY 05 PED 08 ORTHOPEDICS 11 DENTAL<br>03 OBS. 06 ENT 09 PSYCHIATRY 12 OTHER |                         | ADMISSION                                                                  | <b>21</b>                                                                                                                                  | <b>03</b>                                   | <b>65</b>                   | <b>9:56</b>                               | 17 TOTAL LEAVE DAYS<br>รวมวันลากลับบ้าน <b>—</b>    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                                                                                                                               |                         | DISCHARGE                                                                  | <b>23</b>                                                                                                                                  | <b>03</b>                                   | <b>๒๕</b>                   | <b>16.00 น.</b>                           |                                                     |
| 18<br>DIAGNOSIS<br>(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS บันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น<br><b>Retinal neural detachment</b><br>(2) PRE ADMISSION COMORBIDITY (S)<br><b>—</b><br>(3) COMPLICATION (S) (POST ADMISSION COMORBIDITY)<br><b>—</b><br>(4) OTHER DIAGNOSIS<br><b>—</b><br>(5) EXTERNAL CAUSE (S) OF INJURY<br><b>—</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                                                                                                                               |                         | DIAGNOSIS ICD CODING                                                       |                                                                                                                                            |                                             |                             |                                           |                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                                                                                                                               |                         | by CODER..... Auditor.....                                                 |                                                                                                                                            |                                             |                             |                                           |                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                                                                                                                               |                         | MAIN CONDITION (มีได้รหัสเดียว)                                            |                                                                                                                                            |                                             |                             |                                           |                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                                                                                                                               |                         | COMORBIDITY (S)                                                            |                                                                                                                                            |                                             |                             |                                           |                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                                                                                                                               |                         | COMPLICATION (S)                                                           |                                                                                                                                            |                                             |                             |                                           |                                                     |
| OTHER DIAGNOSIS (S)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                                                                                                                               |                         |                                                                            |                                                                                                                                            |                                             |                             |                                           |                                                     |
| EXTERNAL CAUSE (S)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                                                                                                                               |                         |                                                                            |                                                                                                                                            |                                             |                             |                                           |                                                     |
| 19<br>OPERATION<br>OPERATING ROOM PROCEDURE DOCTOR DATE IN TIME IN DATE OUT TIME OUT<br><b>ppv, remove peeling, end of eye, silicone oil @ 6 hr</b> <b>22/7/05</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                                                                                                                               |                         |                                                                            |                                                                                                                                            |                                             |                             |                                           |                                                     |
| 20<br>Non OR procedure [ ] Defibrillation (9962) [ ] PPN, TPN (9915) [ ] Venous catheterization for HD (3895) [ ] FFP (9906) [ ] PRC (9904)<br>[ ] Tracheostomy (311) [ ] Cut down (3894) [ ] IVIG (9914) [ ] Arterial catheterization (3891) [ ] Platelets (9905)<br>[ ] Endotracheal tube (9604) [ ] ICD (3404) [ ] Thrombolytic injection (9910) [ ] EGD (4513) [ ] Cryoprecipitate (9906)<br>[ ] Ventilator Support [ ] abdominocentesis (5491) [ ] Chemotherapy (9925) [ ] EGD+Closed biopsy (4516) [ ] CT Scan/MRI.....<br>[ ] >96 ซม. (9672) [ ] <96 ซม. (9671) [ ] Thoracocentesis (3491) [ ] Intrathecal injection (0392) [ ] EGD+Bleeding control (4443) [ ] U/S.....<br>[ ] Cardiac Echo (8872) [ ] Foley catheter (5794) [ ] Lumbar puncture (0331) [ ] Entoscopic esophageal ligation (4233) [ ] อื่น.....<br>[ ] CPR (9960) [ ] Hemodialysis (3995) [ ] Peritoneal dialysis (5498) [ ] Bone marrow biopsy (4131) [ ] Bone marrow aspiration (4192) [ ] Bone marrow smear (9069) |                                  |                                                                                                                               |                         |                                                                            |                                                                                                                                            |                                             |                             |                                           |                                                     |
| 21 DISCHARGE STATUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                                                                                                                               |                         |                                                                            | 22 DISCHARGE TYPE                                                                                                                          |                                             |                             |                                           |                                                     |
| 1. COMPLETE RECOVERY 6. NORMAL CHILD DICHARGE WITH MOTHER<br>2. IMPROVED 4. NORMAL DELIVERY 7. NORMAL CHILD DICHARGE SEPARATELY<br>3. NOT IMPROVED 5. UNDELIVERY 8. STILLBIRTH 9. DEAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                               |                         |                                                                            | 1. WITH APPROVAL 3. ESCAPE 5. OTHER 9. DEAD,NO AUTOPSY<br>2. AGAINST ADVICE 4. BY TRANSFER 8. DEAD,AUTOPSY<br>ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ..... |                                             |                             |                                           |                                                     |
| INCASE OF PERINATAL DEATH COMPLETE DEATH CERTIFICATE ON OTHER SIDE OF FORM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                                                                                                                               |                         |                                                                            |                                                                                                                                            |                                             |                             |                                           |                                                     |

ATTENDING

PHYSICIAN.....

แพทย์เจ้าของไข้

APPROVED

BY .....

แพทย์ผู้สรุปการรักษา



# โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

## ใบสรุปค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

HN : 0013 3 AN : 650

ชื่อผู้ป่วย : นาย WARD : หลวงพ่อแช่ม ชั้น 3 ห้อง/เตียง : CHC304

อายุ : 54 ปี 11 เดือน 21 วัน ตั้งแต่วันที่ 21 มี.ค. 2565 เวลา : 09:56

สิทธิการรักษา : ประกันในประเทศ ถึงวันที่ 23 มี.ค. 2565 เวลา : 14:14

| รายการ                                               | จำนวน | จำนวนเงิน | ส่วนลด | จำนวนเงินสุทธิ |
|------------------------------------------------------|-------|-----------|--------|----------------|
| ค่าห้องผู้ป่วยใน(2,500 บาท/วัน)                      | 2     | 5,000.00  |        | 5,000.00       |
| ค่าบริการพยาบาลหอผู้ป่วยใน(1,000 บาท/วัน)            | 2     | 2,000.00  |        | 2,000.00       |
| ค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด                         |       | 393.00    |        | 393.00         |
| ค่ายากลับบ้าน                                        |       | 185.00    |        | 185.00         |
| เวชภัณฑ์ทางการแพทย์1                                 |       | 12,914.50 |        | 12,914.50      |
| เวชภัณฑ์ทางการแพทย์3                                 |       | 13,000.00 |        | 13,000.00      |
| ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา        |       | 1,300.00  |        | 1,300.00       |
| ค่าตรวจวินิจฉัยการรักษาโดยวิธีพิเศษ                  |       | 170.00    |        | 170.00         |
| ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ทั่วไป       |       | 300.00    |        | 300.00         |
| ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ในห้องผ่าตัด |       | 8,710.00  |        | 8,710.00       |
| ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด                             |       | 2,700.00  |        | 2,700.00       |
| ค่าบริการเหมาจ่ายการรักษาพยาบาล                      |       | 250.00    |        | 250.00         |
| ค่าธรรมเนียมแพทย์ทำผ่าตัดและหัตถการ                  |       | 43,000.00 |        | 43,000.00      |
| ค่าตรวจรักษาทั่วไปของแพทย์                           |       | 2,000.00  |        | 2,000.00       |
| ค่าบริการพยาบาลช่วยผ่าตัด                            |       | 1,440.00  |        | 1,440.00       |
| ค่าบริการโรงพยาบาล( 230 บาท/วัน)                     | 2     | 460.00    |        | 460.00         |
| รวมทั้งสิ้น                                          |       | 93,822.50 |        | 93,822.50      |

สรุป ค่ารักษาพยาบาล ระหว่างวันที่ 21 มี.ค.2565 -23 มี.ค. 2565 รวม 2 วัน

ยอดค่ารักษาส่งพิจารณารวมเป็นเงินทั้งสิ้น 93,822.50 บาท แก่หมื่นสามพันแปดร้อยยี่สิบสองบาทห้าสิบสตางค์





# โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

## ใบสรุปคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (รายละเอียด)

ชื่อผู้ป่วย : นายท [REDACTED]

อายุ : 54 ปี 11 เดือน 21 วัน

สิทธิการรักษา : ประกันในประเทศ

รายการ

HN : 0013 [REDACTED]

AN : 6500 [REDACTED]

WARD : หลวงพ่อแช่ม ชั้น 3 ห้อง/เตียง CHC304

ตั้งแต่วันที่ 21 มี.ค. 2565

เวลา : 09:56

ถึงวันที่ 23 มี.ค. 2565

เวลา : 14:14

จำนวน จำนวนเงิน ส่วนลด จำนวนเงินสุทธิ

### ค่าห้องผู้ป่วยใน

|                   |   |          |          |
|-------------------|---|----------|----------|
| ค่าห้องพิเศษ 2500 | 2 | 5,000.00 | 5,000.00 |
|                   |   |          | 5,000.00 |

### ค่าบริการพยาบาลหอผู้ป่วยใน

|                             |   |          |          |
|-----------------------------|---|----------|----------|
| ค่าบริการพยาบาลทั่วไป (IPD) | 2 | 2,000.00 | 2,000.00 |
|                             |   |          | 2,000.00 |

### ค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด

|                                                     |   |        |        |
|-----------------------------------------------------|---|--------|--------|
| PARACETAMOL 500 mg TABLET                           | 1 | 1.00   | 1.00   |
| NSS (NORMAL SALINE) 60 mL (ผลิต) 0.9%w/v BOTTLE     | 5 | 25.00  | 25.00  |
| NSS - 100 mL 0.9%w/v BAG                            | 3 | 54.00  | 54.00  |
| NSS - 50 mL 0.9%w/v BAG                             | 1 | 20.00  | 20.00  |
| POLY-OPH Eye/Ear drops 10 mL BOTTLE                 | 2 | 54.00  | 54.00  |
| (INF-OPH) PREDNISOLONE EYE DROPS 10 mL 1%w/v BOTT   | 1 | 53.00  | 53.00  |
| Balance salt solution (BSS) 500 mL 13.53%w/v BOTTLE | 1 | 186.00 | 186.00 |
|                                                     |   |        | 393.00 |

### ค่ายากลับบ้าน

|                                                   |   |        |        |
|---------------------------------------------------|---|--------|--------|
| POLY-OPH Eye/Ear drops 10 mL BOTTLE               | 1 | 27.00  | 27.00  |
| (INF-OPH) PREDNISOLONE EYE DROPS 10 mL 1%w/v BOTT | 1 | 53.00  | 53.00  |
| ATROPINE EYE DROPS 1%w/v BOTTLE                   | 1 | 105.00 | 105.00 |
|                                                   |   |        | 185.00 |

### เวชภัณฑ์ทางการแพทย์1

|                                                 |   |       |       |
|-------------------------------------------------|---|-------|-------|
| Plaster ย่า , 100 ชิ้น                          | 1 | 1.00  | 1.00  |
| Dispos Needle No.18X1.5 นิ้ว (อัน)              | 6 | 12.00 | 12.00 |
| Dispos Needle No.22X1.5 นิ้ว (อัน)              | 6 | 12.00 | 12.00 |
| Syringe Dispos 3 ml (อัน)                       | 7 | 14.00 | 14.00 |
| สำลีก้อนกลม 0.35 g. Sterile (5 ก้อน)            | 1 | 2.25  | 2.25  |
| FIXOMULL หน้ากว้าง 4 นิ้ว (1 ชิ้น = 4 x 4 นิ้ว) | 3 | 9.00  | 9.00  |
| Syringe Dispos 10 ml (อัน)                      | 6 | 18.00 | 18.00 |
| Glove Dispos No.S (คู่)                         | 1 | 4.00  | 4.00  |
| สำลีก้อน ขนาด 1.40 กรัม (ซองละ 5 ก้อน)          | 1 | 5.25  | 5.25  |

|                                   |   |           |                  |
|-----------------------------------|---|-----------|------------------|
| Eye Shield Right (ชิ้น)           | 1 | 6.00      | 6.00             |
| Eye Pad No. L                     | 1 | 9.00      | 9.00             |
| Heparin locked needle (อัน)       | 1 | 17.50     | 17.50            |
| Micropore 1ส่วน2นิ้วX10 (ม้วน)    | 1 | 17.50     | 17.50            |
| Steri-Strip R 1541 1/4x3 ( 1541 ) | 1 | 21.00     | 21.00            |
| Gauze 4 X 4 นิ้ว                  | 1 | 66.00     | 66.00            |
| Intraocular scissors              | 1 | 2,700.00  | 2,700.00         |
| ชุดทำผ่าตัด Pars plana vitrectomy | 1 | 10,000.00 | 10,000.00        |
|                                   |   |           | <b>12,914.50</b> |

### เวชภัณฑ์ทางการแพทย์3

|                           |   |           |                  |
|---------------------------|---|-----------|------------------|
| Vitrectomy Posterior 23 G | 1 | 13,000.00 | 13,000.00        |
|                           |   |           | <b>13,000.00</b> |

### ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

|                                    |   |          |                 |
|------------------------------------|---|----------|-----------------|
| ค่า COVID-19 Ag (Rapid test)       | 1 | 300.00   | 300.00          |
| ค่า SARS CoV-2 (Real-time RT- PCR) | 1 | 1,000.00 | 1,000.00        |
|                                    |   |          | <b>1,300.00</b> |

### ค่าตรวจวินิจฉัย / การรักษาโดยวิธีพิเศษ

|                              |   |        |               |
|------------------------------|---|--------|---------------|
| ค่าวัดความดันตา              | 1 | 50.00  | 50.00         |
| ค่าขยายม่านตาและดูจอประสาทตา | 1 | 120.00 | 120.00        |
|                              |   |        | <b>170.00</b> |

### ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ทั่วไป

|                                |   |        |               |
|--------------------------------|---|--------|---------------|
| ค่าวัดปริมาณออกซิเจนที่ผิวหนัง | 3 | 300.00 | 300.00        |
|                                |   |        | <b>300.00</b> |

### ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ในห้องผ่าตัด

|                     |   |          |                 |
|---------------------|---|----------|-----------------|
| Soft tip 23 G       | 1 | 410.00   | 410.00          |
| Vicryl 8/0 PGA (ตา) | 1 | 500.00   | 500.00          |
| Diathermy           | 1 | 1,200.00 | 1,200.00        |
| Micro forceps       | 1 | 2,600.00 | 2,600.00        |
| Endolaser           | 1 | 4,000.00 | 4,000.00        |
|                     |   |          | <b>8,710.00</b> |

### ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด

|                            |   |          |                 |
|----------------------------|---|----------|-----------------|
| ค่าห้องผ่าตัดใหญ่          | 1 | 2,400.00 | 2,400.00        |
| ค่าบริการที่ Recovery Room | 1 | 300.00   | 300.00          |
|                            |   |          | <b>2,700.00</b> |

### ค่าบริการเหมาจ่ายการรักษาพยาบาล

|                        |   |        |        |
|------------------------|---|--------|--------|
| ค่าเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด | 1 | 150.00 | 150.00 |
| ค่าเช็ดตา              | 1 | 100.00 | 100.00 |

250.00

ค่าธรรมเนียมแพทย์ทำผ่าตัดและหัตถการ

|                                                            |   |           |           |
|------------------------------------------------------------|---|-----------|-----------|
| 173-26-32 Pars plana vitrectomy                            | 1 | 25,500.00 | 25,500.00 |
| 173-26-01 Aspiration of vitreous by posterior sclerotomy ( | 1 | 6,750.00  | 6,750.00  |
| 173-81-28 Injection of vitreous substitute                 | 1 | 8,600.00  | 8,600.00  |
| Endolaser (1472+1432)                                      | 1 | 2,150.00  | 2,150.00  |
|                                                            |   |           | 43,000.00 |

ค่าตรวจรักษาทั่วไปของแพทย์

|                                     |   |          |          |
|-------------------------------------|---|----------|----------|
| การตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก          | 1 | 500.00   | 500.00   |
| การตรวจรักษากรณีผู้ป่วยในครั้งแรก   | 1 | 500.00   | 500.00   |
| การตรวจรักษากรณีผู้ป่วยในครั้งต่อไป | 2 | 1,000.00 | 1,000.00 |
|                                     |   |          | 2,000.00 |

ค่าบริการพยาบาลช่วยผ่าตัด

|                           |   |          |          |
|---------------------------|---|----------|----------|
| ค่าตอบแทนพยาบาลช่วยผ่าตัด | 2 | 1,440.00 | 1,440.00 |
|                           |   |          | 1,440.00 |

ค่าบริการโรงพยาบาล

|                    |   |        |        |
|--------------------|---|--------|--------|
| ค่าบริการโรงพยาบาล | 2 | 460.00 | 460.00 |
|                    |   |        | 460.00 |

รวมทั้งสิ้น

93,822.50