



โปรแกรมตรวจสุขภาพประจำปี

สำหรับสิทธิ์ประกันสังคม และบุคลากรมหาวิทยาลัยนครสวรรค์



นาย,นาง,นางสาว (ตัวบรรจง).....เลขบัตรประชาชน.....วันเดือนปีเกิด.....

อายุ.....รพ.ตามสิทธิ์.....เบอร์โทรศัพท์.....วันที่รับการตรวจ.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าโปรแกรมที่ต้องการตรวจแล้วยื่นให้เจ้าหน้าที่เพื่อรับการตรวจต่อไป

ผู้ที่อายุน้อยกว่า 35 (ปี) Order set CU 661		
ระบุ (✓)	รายการ	ราคา
	1. ค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ (เบิกไม่ได้)	260
	2. ตรวจปัสสาวะทั่วไป(Urinalysis) (31001) * เบิกได้ 50 บาท	100
	3. ตรวจเลือดทั่วไป(CBC) (30101) (เบิกได้ 90 บาท)	130
	4. ตรวจน้ำตาลในเลือด (Glucose) (32203) (เบิกไม่ได้)	60
	5. ตรวจระดับไขมันในเลือด (32004) (Cholesterol,Triglyceride, HDL,LDL) (เบิกไม่ได้)	370
	6. เอ็กซเรย์ทรวงอก (X-Ray) (41003) * เบิกได้ 170 บาท	250
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	1,170

ผู้ที่อายุมากกว่า 35 (ปี) Order set CU 761		
ระบุ (✓)	ระบุ (✓) รายการ	ราคา
	ค่าธรรมเนียมทางการแพทย์ (เบิกไม่ได้)	260
	ตรวจปัสสาวะทั่วไป(Urinalysis) (31001) (เบิกได้ 50 บาท)	100
	ตรวจเลือดทั่วไป (CBC) (30101) (เบิกได้ 90 บาท)	130
	ตรวจน้ำตาลในเลือด (Glucose) (32203) (เบิกได้ 40 บาท)	60
	ตรวจโคเลสเตอรอลในเลือด(Cholesterol)(32501)	60
	ตรวจไตรกลีเซอไรด์ในเลือด(Triglyceride)(32502) (เบิกได้ 60 บาท)	100
	ตรวจเลือดหาไขมันชนิดHDLและLDL(Check up)(32503) (เบิกไม่ได้)	100
	ตรวจโรคเก๊าท์ – กรดยูริก (Uric Acid) (32205)	60
	ตรวจค่าการทำงานของตับ (SGOT) (32310) (เบิกได้ 50 บาท)	60
	ตรวจค่าการทำงานของตับ (ALT) (32311) (เบิกได้ 50 บาท)	60
	ตรวจค่าการทำงานของตับ (ALK) (32309) (เบิกได้ 50 บาท)	60
	ตรวจค่าการทำงานของไต (BUN) (32201) (เบิกได้ 50 บาท)	60
	ตรวจค่าการทำงานของไต (Creatinine) (32202)	50
	เอ็กซเรย์ทรวงอก (X-Ray) (41003) * เบิกได้ 170 บาท	250
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	1,410

ระบุ (✓)	รายการที่แนะนำตรวจเพิ่มเติม (จ่ายเพิ่ม)	ราคา (บาท)
	1. หมู่เลือด Blood group (ABO-Cell and serum grouping) – Gel method (22112) (สำหรับท่านที่ยังไม่เคยตรวจ)	160
	2. หมู่เลือด Rh. (D) Typing - Gel method (22113)	110
	3. ตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBs-Ag) (36319)	160
	4. ตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBs-Ab) (36317)	200
	5. ตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBe-Ab) (36311)	260
	6. ตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี (Hepatitis C virus/HCV-Ab) (36331)	300
	7. ตรวจอุจจาระทั่วไป Direct smear, Stool (Blood Cell Count Panel) (31201)	55
	8. ตรวจอุจจาระทั่วไป (พยาธิ) Wet smear for ova/parasite (35007)	60
	9. ตรวจเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (Occult blood) (31203)	70
	10. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) (51410) พร้อมแปลผล	340
	11. ตรวจค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) (32401)	230
	12. ตรวจไทรอยด์/FT3(32612),FT4(32610),TSH(32608)	720

ลงชื่อ.....

*หมายเหตุ รับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบเอง

เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566 เป็นต้นไป