



ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ป่วยขอรับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก

สำนักงานประกันสังคม

สถานพยาบาล.....

ส่วนที่ 1

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ.....ได้ตรวจรักษาผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....

อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

และได้วินิจฉัยผู้ป่วยเป็น.....ตั้งแต่วันที่.....

ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก

ส่วนที่ 2 ผล CBC

โรงพยาบาล	วันที่	Hb (gm/dl)	Hct (%)	WBC (/mm ³)	Blast (%)	Pro (%)	Myelo (%)	Mata (%)	Mono (%)	Lymp (%)	Baso (%)	PMN (%)	EOS (%)	Platelet (/mm ³)

ส่วนที่ 3 ผล Bone marrow aspiration เมื่อวันที่

.....
.....
.....

ส่วนที่ 4 ผล Bone marrow biopsy เมื่อวันที่

.....
.....
.....

ส่วนที่ 5 ผลการตรวจอื่นๆ อาทิเช่น ผล Chromosome study

1.เมื่อวันที่.....

.....
.....
.....

2.เมื่อวันที่.....

.....
.....
.....

ส่วนที่ 6 สรุปความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- สำเนาเวชระเบียนพร้อมผล CBC สำเนาผล Bone marrow aspiration
 สำเนาผล Bone marrow biopsy สำเนาผลการตรวจอื่นๆ ได้แก่.....

.....
.....

ส่วนที่ 7 ลงชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา (.....)

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ส่งใบลงทะเบียน.....