

แบบฟอร์มรายงานการตรวจ และแสดงค่าใช้จ่ายทางรังสีวินิจฉัย

กลุ่มงานรังสีวิทยา งานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลราชวิถี 2 (รังสิต) โทร 70196

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย* : HN : เลขประจำตัวประชาชน* :

อายุ : เพศ : น้ำหนัก : ส่วนสูง : สภาพผู้ป่วย : สิทธิการรักษา* :

แพทย์ผู้ส่งตรวจ* : หน่วยงานที่ส่งตรวจ* :

History.....

Clinical Diagnosis.....

*กรุณาระบุ ข้าง ให้ถูกต้องและชัดเจน (เขียนต่อท้ายรายการที่ต้องการตรวจ)

X-RAY Examination									
	รายการตรวจ	กรมบัญชีกลาง	ราคา รพ.	Test Code		รายการตรวจ	กรมบัญชีกลาง	ราคา รพ.	Test Code
	Abdomen Supine	250	250	500167		Humerus AP-Lat	500	500	500252
	Abdomen Upright	250	250	500168		Both Humerus AP-Lat	1000	1000	500195
	Abdomen Lateral	250	250	500164		K.U.B.	250	250	500255
	Acute Abdomen Series	750	750	500170		Knee AP-Lat	500	500	500257
	Ankle AP+Lat	500	500	500171		Both Knee AP-Lat	750	750	500198
	Ankle AP+Lat+Mortise	750	750	500172		Knee Skyline	250	250	500259
	Ankle Mortise	250	250	500175		Leg AP-Lat	500	500	500265
	Both Ankle AP+Lat	750	750	500179		Both Leg AP-Lat	750	750	500205
	Calcaneus Axial	250	250	500212		L-S Spine AP-Lat	500	500	500271
	Calcaneus Lateral	250	250	500213		Nasal Bone Lateral	250	250	500277
	Chest AP	250	250	500215		Nasal Bone Water	250	250	500278
	Chest Lateral	250	250	500218		Neck AP	250	250	500279
	Chest Oblique	250	250	500219		Neck Lateral	250	250	500281
	Chest PA	250	250	500220		Pelvis AP	250	250	500285
	Clavicle AP	250	250	500224		Pelvis Inlet-Outlet	500	500	500286
	Coccyx AP๒	250	250	500225		Pelvis Judets View	500	500	500287
	Coccyx Lateral	250	250	500226		Pelvis Lateral	250	250	500288
	C- Spine AP+Lat	500	500	500228		Sacrum AP	250	250	500294
	Elbow AP-Lat	500	500	500235		Sacrum Lateral	250	250	500295
	Both Elbow AP-Lat	1000	1000	500183		Scanogram	750	750	500296
	Femur AP-Lat	500	500	500238		Scaphoid	250	250	500297
	Both Femur AP-Lat	1000	1000	500187		Shoulder AP-Lat	500	500	500304
	Finiger AP-Lat	500	500	500240		Both Shoulder AP-Lat	1000	1000	500208
	Foot AP-Oblique	500	500	500241		Skull AP-Lat	500	500	500312
	Foot Lateral	250	250	500243		Skull Caldwell	250	250	500313
	Both Feet AP-Oblique	750	750	500184		Skull Towne	250	250	500317
	Forearm AP-Lat	500	500	500245		Skull Water	250	250	500318
	Both Forearm AP-Lat	1000	1000	500189		T-L Spine AP-Lat	500	500	500327
	Hand PA-Oblique	500	500	500247		Whole Spine AP	750	750	500339
	Both Hand PA-Oblique	500	500	500193		Whole Spine Lat	750	750	500340
	Hip AP-Lat	500	500	500249		Wrist AP-Lat	500	500	500343
	Both Hip AP	250	250	500194		Both Wrist AP-Lat	500	500	500211

แบบฟอร์มรายงานการตรวจ และแสดงค่าใช้จ่ายทางรังสีวินิจฉัย

กลุ่มงานรังสีวิทยา งานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลราชวิถี 2 (รังสิต) โทร 70196

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย* : HN : เลขประจำตัวประชาชน* :

อายุ : เพศ : น้ำหนัก : ส่วนสูง : สภาพผู้ป่วย : สิทธิการรักษา* :

แพทย์ผู้ส่งตรวจ* : หน่วยงานที่ส่งตรวจ* :

History.....

Clinical Diagnosis.....

Examination (สำหรับแพทย์ผู้ส่งตรวจ)*.....

*กรุณาระบุ ข้าง ให้ถูกต้องและชัดเจน (เขียนต่อท้ายรายการที่ต้องการตรวจ)

CT Examination (สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องตรวจ CT)								
รายการตรวจ	กรมบัญชีกลาง	ราคา รพ.	Test Code	รายการตรวจ	กรมบัญชีกลาง	ราคา รพ.	Test Code	
CT Brain Non CM	3500	3500	100109	Omnipaque 350 50ml	1100	1100	9024	
CT Brain CM	5000	5000	100110	Omnipaque 350 100ml	2200	2200	9002	
CT Chest Non CM	4000	4000	100126	Visipaque 320 50ml	1280	1100	9008	
CT Chest CM	6000	6000	100127	Visipaque 320 100ml	2560	2200	9009	
CT Upper Abdomen	6000	6000	100130					
CT Lower Abdomen	6000	6000	100133					
CT Whole Abdomen	10000	10000	100135					
CTA Brain	12000	12000	100168					
CTA Neck	12000	12000	100169					
CTA Thoracic aorta	12000	12000	100175					
CTA Abdominal aorta	12000	12000	100176					
CTA for Pulmonary Emboli	12000	12000	100172					
Additional 3D reconstruction	2000	2000	100155					
Additional Multiphase	1000	1000	100156					