



แบบรายงานผู้ป่วยขอรับพระมหากรุณาธิคุณเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ..... สกุล..... อายุ.....

ภูมิลำเนาบ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

อาชีพ.....คนในครอบครัวจำนวน คน รายได้..... บาท/เดือน

ป่วยด้วยโรค / อาการ

วิธีการรักษา.....

รับการรักษาที่โรงพยาบาล.....หมายเลขโทรศัพท์.....

เหตุผลในการขอรับพระบรมราชานุเคราะห์

☐ ฐานะยากจน

☐ ต้องตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลแห่งอื่นซึ่งอยู่ห่างไกลภูมิลำเนาทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง

☐ อื่นๆ

ความเห็นผู้เกี่ยวข้อง

☐ สมควรขอรับพระบรมราชานุเคราะห์

☐ ไม่สมควรขอรับพระบรมราชานุเคราะห์ เหตุผล.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการรักษา

หมายเลขโทรศัพท์.....

(.....)

สสจ. ผู้ประสานงาน

หมายเลขโทรศัพท์.....

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

1. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ - สกุลของผู้ป่วย เลขบัตรประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

สถานภาพ การศึกษา/สถานศึกษา

อาชีพ รายได้

ชื่อ - สกุลของบิดา อายุ ปี อาชีพ รายได้

ชื่อ - สกุลของมารดา อายุ ปี อาชีพ รายได้

2. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่บ้าน/หมู่ที่ ตำบล

อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์

สภาพบ้านที่อยู่อาศัย ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านญาติ ☐ บ้านเช่า เดือนละ บาท
☐ อื่นๆ (ระบุ)ลักษณะบ้าน ☐ บ้านชั้นเดียว ☐ บ้านชั้นเดียวยกพื้น ☐ บ้านสองชั้น ☐ อื่นๆหลังคา ☐ มุงแฝก/หญ้าคา ☐ มุงสังกะสี ☐ มุงกระเบื้อง ☐ อื่นๆฝาผนังบ้าน ☐ ทำด้วยไม้ ☐ ก่ออิฐฉาบปูน/อิฐบล็อก ☐ ใต้อมุง/กระดาดปูน ☐ อื่นๆพื้นบ้าน ☐ พื้นไม้ ☐ พื้นลาดปูน ☐ พื้นไม้ไผ่ ☐ พื้นปูกระเบื้อง ☐ พื้นดินการถือครองที่ดิน ☐ มีที่ดินเป็นของตนเองไร่ ☐ เช่าที่ทำกิน ไร่ ☐ ไม่มีที่ทำกิน

สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน

☐ ไฟฟ้า ☐ น้ำประปา/น้ำบาดาล ☐ พาหนะ ☐ อื่น ๆ

3. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	เกี่ยวข้องเป็น	การศึกษา/สถานศึกษา	อาชีพ/รายได้	สุขภาพ/สถานพยาบาล/ สิทธิการศึกษา

4. สภาพร่างกายและประวัติการรักษา

สภาพร่างกาย ☐ ปกติ ☐ พิการ คือ

สุขภาพ ☐ แข็งแรง ☐ มีโรคประจำตัว คือ

ชื่อสถานพยาบาล

สิทธิการรักษา ☐ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเภท ☐ ประกันสังคม

☐ เบิกจ่ายของทางราชการ โดยใช้สิทธิของ

☐ ประกันสุขภาพของบริษัท ☐ สิทธิอื่นๆ

เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย แพทย์ผู้ทำการรักษา

ระยะเวลาเริ่มรักษา ระยะเวลาความถี่ในการนัดพบแพทย์

วิธีการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาล

ประสบปัญหา ☐ ค่ารักษาพยาบาล จำนวน บาท

☐ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จำนวน บาท

☐ อื่น ๆ

5. บุคคลและเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน

(1) บุคคลที่เกี่ยวข้อง : ชื่อ

ความสัมพันธ์ โทรศัพท์

(2) เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : ชื่อ ตำแหน่ง

สังกัด โทรศัพท์

(ลงชื่อ) ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ความสัมพันธ์

(ลงชื่อ) ผู้สัมภาษณ์

(.....) ตำแหน่ง

หน่วยราชการในพระองค์ ๙๐๔

แบบฟอร์มที่ ๓



ที่ พว ๐๒๐๓.๔/

สำนักพระราชวัง
พระที่นั่งอัมพรสถาน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินี
พระราชทานพระบรมราชานุเคราะห์การรักษา แก่.....อายุ.....ปี
วันเกิด..... มีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
บ้าน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... มีอาการป่วยด้วยโรค / อาการ.....

เห็นควรส่งเข้ารับการ
.....
ทั้งนี้ โปรดส่งผลการรักษาไปยังกองแพทย์หลวง สวนจิตรลดา เพื่อนำความกราบบังคมทูลพระกรุณาทรง
ทราบฝ่าละอองธุลีพระบาทต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ อนึ่งหากแพทย์เห็นควรให้ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
อื่นหรือที่โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร โปรดแจ้งให้กองแพทย์หลวง สวนจิตรลดา ทราบล่วงหน้า เพื่อ
ความสะดวกในการติดตามอาการผู้ป่วยต่อไป จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

พันตรี

(ประสาร เหมือนพงษ์)

ผู้อำนวยการกองแพทย์หลวง

กองแพทย์หลวง สวนจิตรลดา

โทร. ๐-๒๒๘๓-๔๕๔๐

กองงานพระราชานุเคราะห์ พระที่นั่งอัมพรสถาน

โทร. ๐-๒๓๕๖-๐๘๐๐ (ต่อ ๓๑๑๕)

แพทย์ผู้ตรวจ.....

ผู้เขียน.....



แบบบันทึกติดตามการรักษาผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ผู้ป่วย ชื่อ- นามสกุลอายุ.....ปี

ที่อยู่.....

เป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ เมื่อวันที่.....

ด้วยโรค.....รับการรักษาที่โรงพยาบาล.....

ขอความกรุณาแพทย์ผู้ทำการรักษา ระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา.....หมายเลขติดต่อ.....

อาการปัจจุบันของผู้ป่วย.....

ผลการตรวจเพิ่มเติมที่สำคัญ.....

การวินิจฉัย.....

การรักษาในปัจจุบัน.....

การพยากรณ์โรคและแผนการรักษา.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการรักษา

*หมายเหตุ - กรุณาส่งเอกสารทุก ๖ เดือน กรณีไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง

- กรุณาส่งทุกครั้ง กรณีที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยเพื่อรักษาตัวต่อที่ รพ. อื่นๆ นอกเหนือใบส่งตัว หรือเมื่อผู้ป่วยสิ้นสภาพการเป็นผู้ป่วย
ในพระบรมราชานุเคราะห์

- โปรดส่งเอกสารดังกล่าวมาที่ กองแพทย์หลวง สำนักรักษาโรค โทร. ๐-๒๒๘๓-๔๕๔๐ และทาง Email : hr.rmd@royaloffice.th



แบบบันทึกการเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิสำหรับผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์

ผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน.....
เลขประจำตัวผู้ป่วย.....มารับการรักษาที่โรงพยาบาล.....
เมื่อวันที่.....ด้วยโรค.....

● โรงพยาบาลแนบเอกสารเพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

○ ใบเสร็จรับเงิน/ใบรายการสรุปค่าใช้จ่าย จำนวน.....ฉบับ

รวมเป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)

○ หนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ จำนวน.....ฉบับ

○ ใบรับรองแพทย์ จำนวน.....ฉบับ

.....

()

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผู้รับมอบอำนาจ



แบบบันทึกการเบิกค่าสนับสนุนการรักษาอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์

ผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี
 เลขประจำตัวผู้ป่วย.....มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล.....
 เมื่อวันที่.....ด้วยโรค.....

● โรงพยาบาลแนบเอกสารเพื่อเบิกค่าสนับสนุนการรักษาอื่นๆ ของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

- | | |
|--|----------------|
| ○ ใบเสร็จรับเงิน | จำนวน.....ฉบับ |
| ○ ค่าวัคซีนนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ | จำนวน.....บาท |
| ○ ค่าเวชภัณฑ์สำหรับดูแลผู้ป่วย เช่น ชุดทำแผล | จำนวน.....บาท |
| ○ ค่าผ้าอ้อม | จำนวน.....บาท |
| ○ ค่าอาหารเสริม | จำนวน.....บาท |
| ○ ค่าอื่นๆ ระบุ..... | จำนวน.....บาท |

รวมเป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)

- | | |
|--|----------------|
| ○ หนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ | จำนวน.....ฉบับ |
| ○ ใบรับรองแพทย์ | จำนวน.....ฉบับ |

.....

()

ผู้ป่วย/ผู้แทน

.....

()

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผู้รับมอบอำนาจ



แบบบันทึกการเบิกค่าเดินทางสำหรับผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์

ผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน.....
 เลขประจำตัวผู้ป่วย.....มารับการรักษาที่โรงพยาบาล.....
 เมื่อวันที่.....ด้วยโรค.....

● สสจ.แนบเอกสารเพื่อเบิกค่าเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

○ ใบเสร็จรับเงิน

- | | |
|--|---------------|
| ○ ค่ารถโดยสารประจำทาง/รถไฟ | จำนวน.....บาท |
| (อย่างใดอย่างหนึ่งในจำนวนอัตราที่น้อยกว่า) | |
| ○ ค่ารถพยาบาล | จำนวน.....บาท |
| ○ ค่าน้ำมันรถ/แก๊ส | จำนวน.....บาท |
| ○ อื่น ๆ..... | จำนวน.....บาท |

รวมเป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)

○ กรณีไม่มีใบเสร็จรับเงินให้เบิกจ่ายตามจริง ในพื้นที่นั้น ณ เวลานั้น โดย สสจ.เป็นผู้พิจารณา

- | | |
|---------------------|---------------|
| ○ แลบใบสำคัญรับเงิน | จำนวน.....บาท |
| ○ ค่ารถรับจ้าง | จำนวน.....บาท |
| ○ อื่นๆ | จำนวน.....บาท |

รวมเป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)

○ หนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์

จำนวน.....ฉบับ

○ ใบรับรองแพทย์

จำนวน.....ฉบับ

.....
 ()

เจ้าหน้าที่ สสจ.



แบบบันทึกการเบิกค่าที่พักและอาหารสำหรับผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์

ผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี
 เลขประจำตัวผู้ป่วย.....มารับการรักษาที่โรงพยาบาล.....
 เมื่อวันที่.....ด้วยโรค.....

● พมจ. แนบเอกสารเพื่อเบิกค่าสนับสนุนอื่นๆ ส่วนเกินสิทธิพื้นฐานตามระเบียบราชการ ดังต่อไปนี้

- ใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ฉบับ
 - ค่าที่พัก สำหรับไปรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
 - ค่าอาหาร สำหรับไปรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
 - ค่าปรับปรุงที่พักอาศัยของผู้ป่วย จำนวน.....บาท
 - ค่าอื่นๆ ระบุ..... จำนวน.....บาท

รวมเป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)

- หนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ จำนวน.....ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์ จำนวน.....ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย/ผู้แทน จำนวน.....ฉบับ
 (กรณีผู้ป่วยเป็นบุคคลไร้ความสามารถ)

.....

.....

()

()

ผู้ป่วย/ผู้แทน

เจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผู้รับมอบอำนาจ