



บันทึกข้อความ

ศูนย์สารสนเทศและการสื่อสาร

สบบ.9 (อุบลราชธานี)

เลขที่รับ 1844

วันที่ 3 ต.ค. 67

ส่วนราชการ สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙ (อุบลราชธานี) ส่วนอำนวยการ โทร. ๐ ๔๕๓๓ ๑๖๗๗ ต่อ ๑๐๓
ที่ ทส ๐๔๑๔.๑๐๑/๔๔๔๑ วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอส่งสำเนาหนังสือ

เรียน ผู้อำนวยการส่วนทุกส่วน
หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน
หัวหน้าศูนย์ทุกศูนย์

สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙ (อุบลราชธานี) ขอส่งสำเนาหนังสือมาเพื่อทราบและ
ประชาสัมพันธ์ จำนวน ๒ เรื่อง ดังนี้

๑. หนังสือสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี ที่ ลข.อบ.ว. ๓๘๓/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๓
กันยายน ๒๕๖๗ เรื่อง ขอเชิญร่วมกิจกรรมบริจาคโลหิตถวายเป็นพระราชกุศล เนื่องในวันวรมินทรมหาราช
๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๗ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร

๒. หนังสือฝ่ายการตลาดและศูนย์ตรวจสอบสุขภาพ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ที่ กต
๘๐๔/๖๗ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๗ เรื่อง ขอเชิญรับบริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีกับโรงพยาบาลค่าย
สรรพสิทธิประสงค์

(นายประสงค์ สุวรรณโชติ)

นักวิชาการป่าไม้ชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙

① เรียน นักจัดศูนย์สารสนเทศฯ
- เพื่อบริการเผยแพร่ในวช.ปทศ.

ทว. www.dnpubon.com

- เรียน วช.ปทศ.

อรรพรรณ
(นางสาวอรรพรรณ พูลเพิ่ม)

② ทราบ
ดำเนินการตามเสนอ

- 4๓-๑-๖๗

(นางนพมาศ แก้วพรมชัย)
นักวิชาการป่าไม้ชำนาญการ
หัวหน้าศูนย์สารสนเทศและการสื่อสาร

หน้าห้อง มอ.สบอ.๑
เลขที่รับ 11064
วันที่รับ 2 ต.ค. 2567
ลงนาม

ส่วนราชการ
เลขที่รับ 1 ต.ค. 2567
The Provincial Red Cross Chapter of Ubon

สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๑ (อุบลราชธานี)
เลขที่รับ 2245
วันที่ 1 ต.ค. 2567
เวลา

ที่ สข.อบ.ว ๓๘๘๓ / ๒๕๖๗

สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี
ถนนพรหมเทพ อป ๓๔๐๐๐

๒๓ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญร่วมกิจกรรมบริจาคโลหิตถวายเป็นพระราชกุศล เนื่องในวันนวมินทรมหาราช ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๗ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร

เรียน ผู้อำนวยการสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙ อุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย สื่อประชาสัมพันธ์

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานีร่วมกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กำหนดจัดกิจกรรมบริจาคโลหิตถวายเป็นพระราชกุศล เนื่องในวันคล้ายวันเสด็จสวรรคต ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๗ หรือวันนวมินทรมหาราช ซึ่งแปลว่า วันที่ระลึกถึงพระมหाराชรัชกาลที่ ๙ ผู้ยิ่งใหญ่ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เพื่อน้อมสำนึก ในพระมหากรุณาธิคุณที่พระองค์ทรงมีต่อปวงชนชาวไทยเป็นล้นพ้นอย่างหาที่สุดมิได้ ซึ่งกิจกรรม จะจัดขึ้นในวันศุกร์ที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุม ๑ ชั้น ๖ อาคาร ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. ผู้ที่ร่วมบริจาคโลหิตจะได้รับของที่ระลึก แทนค่าขอบคุณ (จำนวนจำกัด)

ในการนี้ เหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานีและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จึงขอเชิญชวนบุคลากรในหน่วยงานของท่านร่วมบริจาคโลหิตถวายเป็นพระราชกุศล วันคล้ายวันเสด็จสวรรคต ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๗ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ตามวันเวลาและสถานที่ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

☒ สอภ.	☐ สอช.	☐ กกม.
☐ สอท.	☐ สสป.	☐ สทส.
☐ สทป.	☐ สตน.	☐ สปร.
☐ สทอ.	☐ กวช.	☐ สปส.
☐ ศคส.		

(นายประสงค์ สุวรรณโชติ)
ผู้อำนวยการส่วนอำนวยการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรีรัตน์ กอเจริญยศ)
นายกเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี

โทร/โทรสาร ๐ ๔๕๒๔ ๔๘๒๑

ผู้ประสานงาน นางสาวสุภัตรา อุปลาบัติ ๐๘ ๑๓๖๐ ๕๙๓๒

[illegible]

Н. Воронцов 1866 год 50 лет 21.05.1866

म. विनोद कुमार

- mononuclear lymphocytes

ปรีชาพัฒน์

- Medikamentenwechsel

(นางสาวนารัมพร ทองศักดิ์สิทธิ์)

เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

๐ 1 ต.ค. 2567

(นางสาวทรายแก้ว ทองสมพร)

เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

199.9.25

(ખાસજીલ્લા ચર્લમાપી)

เจ้าพนักงานธุรการอาวุโส รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการส่วนอำนวยการ

● ทำเนียบการ

● ลงนามแล้ว

201429.

(นายประสงค์ สวรรณโชติ)

นักวิชาการป่าไม้ชำนาญการพิเศษ วิทยาราชการแทน

ผู้อำนวยการสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙

[illegible]



เหล่ากาชาดจังหวัดอุบลราชธานี
The Provincial Red Cross Chapter of Ubon



ขอเชิญร่วม บริจาคโลหิต

เนื่องในวันฉัตรมงคล

พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร
มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร

ในวันศุกร์ที่ 11 ตุลาคม 2567

เวลา 08.30 - 16.00 น.



ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 6

อาคาร 50 พระราชมาทาสีราลงกรณ์

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

อุบลราชธานี

รับของที่ระลึก(จำนวนจำกัด)



คุณสมบัติผู้บริจาคโลหิต

1. อายุ 17 ปี บริบูรณ์ - 70 ปี และสำหรับผู้ที่มีอายุ 17 ปี - ไม่ถึง 18 ปี ต้องมีเอกสารยินยอมจากผู้ปกครอง
2. ผู้บริจาคโลหิตเป็นครั้งแรก ถ้าอายุเกิน 55 ปี - 60 ปี ให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์หรือพยาบาล
3. ผู้บริจาคโลหิตอายุมากกว่า 60 ปี - 70 ปี แบ่งเกณฑ์การคัดเลือกตามอายุ 2 ช่วง ดังนี้
 - 3.1 การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตอายุมากกว่า 60 ปี จนถึง 65 ปี
 - 1) เป็นผู้บริจาคโลหิตประจำมาโดยตลอดจนกระทั่งอายุ 60 ปี
 - 2) บริจาคโลหิตได้ไม่เกินปีละ 3 ครั้ง คือทุก 4 เดือน
 - 3) ตรวจ Complete Blood Count (CBC), Serum Ferritin (SF) ปีละ 1 ครั้ง เพื่อประกอบการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทั่วไป และสำหรับแพทย์ให้ผลการตรวจ SF ในการติดตามและปรับการให้ธาตุเหล็กทดแทน
 - 3.2 ผู้บริจาคโลหิตอายุมากกว่า 65 ปี จนถึง 70 ปี
 - 1) เป็นผู้บริจาคโลหิตต่อเนื่องสม่ำเสมอในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี จนถึง 65 ปี
 - 2) บริจาคโลหิตได้ไม่เกินปีละ 2 ครั้ง คือทุก 6 เดือน
 - 3) ต้องได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยแพทย์หรือพยาบาล ของธนาคารเลือดหรือหน่วยงานรับบริจาคโลหิต ซึ่งมีหน้าที่ในการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้บริจาคโลหิต
 - 4) ตรวจ CBC และ SF ปีละ 1 ครั้ง
4. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอในเวลาปกติของตนเองในคืนก่อนวันที่มาบริจาคโลหิต
5. ไม่มีอาการท้องเสียท้องร่วงใน 7 วันที่ผ่านมา
6. ไม่อยู่ในช่วงน้ำหนักลดผิดปกติอย่างรวดเร็วในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่ทราบสาเหตุ
7. สตรีไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และไม่มีการคลอดบุตรหรือแท้งบุตรภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา
8. หากรับประทานยาแอสไพริน ยาคลายกล้ามเนื้อหรือยาแก้ปวดอื่นๆ ต้องหยุดยามาแล้ว 3 วัน ถ้าเป็นยาแก้แสบหรือยาอื่นๆ ต้องหยุดยามาแล้ว 7 วัน
9. ไม่เป็นโรคหอบหืด โรคผิวหนังเรื้อรัง วัณโรค หรือภูมิแพ้ใดๆ
10. ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ตับ ไต มะเร็ง ไทรอยด์ โลหิตออกง่าย - หยุดยาก หรือโรคประจำตัวอื่นๆ
11. หากถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูนหรือรักษารากฟัน ต้องทิ้งระยะอย่างน้อย 3 วัน
12. หากเคยได้รับการผ่าตัดใหญ่ต้องเกิน 6 เดือน ผ่าตัดเล็กต้องเกิน 1 เดือน
13. ท่านหรือคู่ครองของท่านต้องไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ชายรักชาย หรือสาวประเภทสอง งดบริจาคโลหิต
14. ต้องไม่มีประวัติยาเสพติดหรือเพิ่งพันโทษ ต้องเกิน 3 ปี และมีสุขภาพดี
15. หากเจาะหู สัก ลบรอยสักหรือฝังเข็มในการรักษา จะต้องผ่านระยะ 4 เดือนขึ้นไปก่อนจึงจะสามารถบริจาคโลหิตได้
16. หากมีประวัติเจ็บป่วยและได้รับโลหิตของผู้อื่น ต้องเกิน 1 ปี
17. หากมีประวัติเป็นมาลาเรีย ถ้าเคยเป็นต้องหายมาแล้วเกิน 3 ปี หากเคยเข้าไปในเขตพื้นที่มีมาลาเรียชุกชุม ต้องทิ้งระยะอย่างน้อย 1 ปี จึงบริจาคโลหิตได้
18. ต้องไม่ได้รับวัคซีนในระยะ 14 วัน หรือเชรุ่มในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ฉีดวัคซีน Covid-19 งดบริจาคโลหิต 2 วัน หากมีอาการบวมแดงบริเวณที่ฉีด ให้งดบริจาคโลหิต 7 วัน
19. ก่อนบริจาคโลหิตต้องรับประทานอาหารให้เรียบร้อย หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ของทอด ของหวาน แอ่งกะทิต่างๆ

การเตรียมตัวก่อน - หลัง

ก่อนบริจาคโลหิต

1. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ในเวลาอนปกติของตนเองในคืนก่อนวันที่จะมาบริจาคโลหิต
2. สุขภาพสมบูรณ์ทุกประการ ไม่เป็นไข้หวัด หรืออยู่ระหว่างรับประทานยาแก้อักเสบใดๆ
3. รับประทานอาหารมื้อหลักก่อนมาบริจาคมาบริจาคโลหิต หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารที่ประกอบด้วยกะทิ แกงต่างๆ ของทอด ของหวาน ฯลฯ เนื่องจากจะทำให้สีของพลาสมาผิดปกติ เป็นสีขาวขุ่น ไม่สามารถนำไปใช้ได้
4. ดื่มน้ำ 3-4 แก้ว และเครื่องดื่มเหลวเพิ่ม เช่น น้ำผลไม้ นม น้ำหวาน เพื่อเพิ่มปริมาตรโลหิตในร่างกาย จะช่วยป้องกันอาการแทรกซ้อน เช่น มึนงง อ่อนเพลีย หรือเวียนศีรษะภายหลังบริจาคโลหิต
5. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อนมาบริจาคโลหิตอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
6. งดสูบบุหรี่ก่อนและหลังบริจาคโลหิต 1 ชั่วโมง เพื่อให้ปอดฟอกโลหิตได้ดี

ขณะบริจาคโลหิต

1. ไม่สวมใส่เสื้อผ้าที่แขนคับเกินไป สามารถดึงขึ้นเหนือข้อศอกได้อย่างน้อย 3 นิ้ว
2. เลือกแขนข้างที่เส้นโลหิตดำใหญ่ชัดเจน ที่สามารถให้โลหิตไหลลงถุงได้ดี ผิวหนังบริเวณที่จะเจาะไม่มีผื่นคันหรือรอยเขียวช้ำ ถ้าแพทย์หาผ้าเช็ดแขนแอลกอฮอล์ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ที่ทราบล่วงหน้า
3. ทำตัวตามสบาย อย่ากลัว หรือวิตกกังวล
4. ไม่ควรเคี้ยวหมากฝรั่ง หรืออมลูกอมขณะบริจาคโลหิต
5. ขณะบริจาคควรบิบลูกยางอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้โลหิตไหลได้สะดวก หากมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น วิงเวียน มีอาการคล้ายจะเป็นลม อาการชา อาการเจ็บที่ผิดปกติ ต้องรีบแจ้งให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในบริเวณนั้นทราบทันที
6. หลังบริจาคโลหิตเสร็จเรียบร้อยนอนพักบนเตียงสักครู่ ห้ามลุกจากเตียงทันที อาจทำให้เวียนศีรษะ เป็นลมได้ ให้นอนพักสักครู่จนกระทั่งรู้สึกสบายดี จึงลุกไปดื่มน้ำและรับประทานอาหารว่างที่จัดไว้รับรอง

หลังบริจาคโลหิต

1. ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีบริการให้ ดื่มน้ำมากกว่าปกติเป็นเวลา 1 วัน
2. หลีกเลี่ยงการทำขำขาน้ำ หรือออกกำลังกายที่ต้องเสียเหงื่อมากๆ งดใช้กำลังแขนข้างที่เจาะ รวมถึงการหัว ของหนักๆ เป็นเวลา 12 ชั่วโมง ภายหลังการบริจาคโลหิตเพื่อป้องกันการบวมซ้ำ
3. ไม่ควรรีบร้อนกลับ ควรนั่งพักจนแน่ใจว่าเป็นปกติ หากมีอาการเวียนศีรษะคล้ายจะเป็นลม หรือรู้สึกผิดปกติ ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ที่ทราบทันที
4. ถ้ามีโลหิตซึมออกมาจากรอยผ้าปิดแผลอย่าตกใจ ให้ใช้นิ้วมืออีกด้านหนึ่งกดลงบนผ้ากอซ กดให้แน่นและยกแขนสูงไว้ประมาณ 3 - 5 นาที หากยังไม่หยุดซึมให้กลับมายังสถานที่บริจาคโลหิตเพื่อพบแพทย์หรือพยาบาล
5. ผู้บริจาคโลหิตที่ทำงานป็นปายที่สูง หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล ควรหยุดพัก 1 วัน
6. รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และรับประทานยาธาตุเหล็กที่ได้รับวันละ 1 เม็ด จนหมด เพื่อป้องกันการขาดธาตุเหล็ก

บริจาคเลือดที่ครั้งใดก็ได้สิทธิอะไรบ้าง



บริจาคกับโรงพยาบาล
สังกัดสภากาชาดไทย

1. บริจาค 7 ครั้งขึ้นไป

- ห้องพิเศษ ผ่าตัด ผ่าตัดคลอดบุตร
จ่ายแค่ 50%

2. บริจาค 24 ครั้งขึ้นไป

- ยกเว้นค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยสามัญ
- ห้องพิเศษ ผ่าตัด ผ่าตัดคลอดบุตร
จ่ายแค่ 50%



บริจาคกับโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1. บริจาค 7 ครั้งขึ้นไป

- ช่วยเหลือค่าห้องและค่าอาหารพิเศษ
ส่วนที่เกินสิทธิให้เรียกเก็บ 50%

2. บริจาค 18 ครั้งขึ้นไป

- ค่าห้องและค่าอาหารพิเศษ
จ่ายแค่ 50%

**เงื่อนไข
การใช้สิทธิ**

- ✓ สิทธิเฉพาะตัวผู้บริจาคเลือดเท่านั้น
- ✓ สิทธิรักษาต้องเป็นผู้ป่วยในเท่านั้น
- ✓ หากมีสิทธิพื้นฐาน เช่น บัตรทอง ประกันสังคม ต้องใช้สิทธินั้นก่อน
- ✓ นำประจำตัวของผู้บริจาคเลือด มาขอหนังสือรับรอง
ของผู้บริจาคเลือดเพื่อนำไปลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล



สำนักงานบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๑ (ชลบุรี)
 เลขที่รับ ๒๒๔๖
 วันที่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๗
 เวลา

ที่ กต ๕๐๕ /๖๗

ฝ่ายการตลาดและศูนย์ตรวจสอบสุขภาพ
 โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์
 มณฑลทหารบกที่ ๒๒ อำเภวารินชำราบ
 จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๙๐

๒๐ กันยายน ๒๕๖๗

หน้าป่อง ผอ.สบอ.๑
 เลขที่รับ ๑๑๙๖๖
 วันที่/เวลา ๒ ต.ค. ๒๕๖๗
 ส่งคืนถึง
 ร.ค.

เรื่อง ขอเชิญรับบริการตรวจสุขภาพประจำปีกับโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์
 เรียน ผู้อำนวยการสำนักสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เอกสารเชิญตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน	๑	ชุด
	๒. แบบฟอร์มตอบรับการตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน	๑	ชุด
	๓. รายการตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน	๑	ชุด

ด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นสิ่งจำเป็นที่บุคลากรในทุกหน่วยงานควรได้รับการตรวจ
 อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงความเสี่ยงของร่างกายและช่วยสืบหาโรคที่ซ่อนอยู่ ซึ่งการตรวจ
 พบโรคแต่เนิ่นๆ จะช่วยให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ได้เห็นถึง
 ความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี จึงได้จัดให้มีการบริการตรวจสุขภาพสำหรับในหน่วยงานต่างๆ โดย
 ทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีการให้คำแนะนำด้านสุขภาพและให้บริการรักษาอย่างต่อเนื่องกรณีตรวจพบโรค และ
 โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลที่ได้ผ่านการรับรองมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพ (HA)
 จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงเป็นหลักประกันคุณภาพด้านการบริการสุขภาพ
 โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้มีโอกาสให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่
 บุคลากรในหน่วยงานของท่าน โดยมีรายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาด้วยนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาพิจารณา การให้บริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์
 ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

☒ สอภ.	☐ สอช.	☐ กกม.
☐ สอท.	☐ สอปล.	☐ คทส.
☐ สทป.	☐ สดท.	☐ สปร.
☐ สทอ.	☐ กวช.	☐ สปล.

ขอแสดงความนับถือ

พันตรีหญิง

(สมสมัย ม่องศรี)

หัวหน้าฝ่ายการตลาดและศูนย์ตรวจสอบสุขภาพ

(นายประสงค์ สุวรรณโชติ)
 ผู้อำนวยการส่วนอำนวยการ

ฝ่ายการตลาดและศูนย์ตรวจสอบสุขภาพ

โทร. (๐๔๕) ๓๒๑๑๓๗๓-๕ ต่อ ๒๖๕ , มือถือ ๐๙๐ - ๖๑๔๖๓๔๓

โทรสาร (๐๔๕) ๓๒๑๑๓๗๓-๕ ต่อ ๒๖๕ , (๐๔๕) ๓๒๒๖๕๔

E-mail : market.090614@gmail.com , Line ID : 0906146343

๑
ปี ๒๕๖๖

ออกโดย สภามหาวิทยาลัย เพื่อใช้รับบริการทางการแพทย์
ของ สภามหาวิทยาลัย

- เพื่อเป็นหลักฐานในการปฏิบัติงานและให้บริการ

- เพื่อเป็นหลักฐาน/สำเนา



(นางสาวนริศรา ทอดศักดิ์สิทธิ์)

เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

๐ 1 ต.ค. 2567

(นางสาวทรายแก้ว ทองสมุทร)

เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

๑ ต.ค. ๖๗



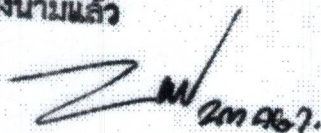
(นางจิตรา ชลิมพุช)

เจ้าพนักงานธุรการอาวุโส รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการส่วนอำนวยการ

๑ - ดำเนินการ

• ลงนามแล้ว



(นายประสงค์ สุวรรณโชติ)

นักวิชาการป่าไม้ชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๔



สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๕ (อุบลราชธานี)
เลขที่รับ..... ๒๒๔๙๐
วันที่..... ๑ ต.ค. ๒๕๖๗
เวลา.....

ที่ กต ๕๐๕ /๖๗

ฝ่ายการตลาดและศูนย์ตรวจสุขภาพ
โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์
มณฑลทหารบกที่ ๒๒ อำเภอวารินชำราบ
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๙๐

๒๐ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญรับบริการตรวจสุขภาพประจำปีกับโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เอกสารเชิญตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน	๑	ชุด
	๒. แบบฟอร์มตอบรับการตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน	๑	ชุด
	๓. รายการตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน	๑	ชุด

ด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นสิ่งจำเป็นที่บุคลากรในทุกหน่วยงานควรได้รับการตรวจอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงความสมบูรณ์ของร่างกายและช่วยสืบหาโรคที่ซ่อนอยู่ ซึ่งการตรวจพบโรคแต่เนิ่นๆ จะช่วยให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ได้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี จึงได้จัดให้มีการบริการตรวจสุขภาพสำหรับในหน่วยงานต่างๆ โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีการให้คำแนะนำด้านสุขภาพและให้บริการรักษาอย่างต่อเนื่องกรณีตรวจพบโรค และโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลที่ได้ผ่านการรับรองมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพ (HA) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงเป็นหลักประกันคุณภาพด้านการบริการสุขภาพ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้มีโอกาสให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่บุคลากรในหน่วยงานของท่าน โดยมีรายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาด้วยนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาพิจารณา การให้บริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

☐ สก.	☐ สอช.	☐ กกม.
☐ สอท.	☐ สสป.	☐ ศทส.
☐ สฟป.	☐ สดบ.	☐ สปร.
☐ สฟอ.	☐ กวช.	☐ สบส.
☐ รคส.		

ขอแสดงความนับถือ

พันตรีหญิง

(สมสมัย ฟ่องศรี)

หัวหน้าฝ่ายการตลาดและศูนย์ตรวจสุขภาพ

ฝ่ายการตลาดและศูนย์ตรวจสุขภาพ

โทร. (๐๔๕) ๓๒๑๑๗๓-๕ ต่อ ๒๖๕ , มือถือ ๐๙๐ - ๖๑๔๖๓๔๓

โทรสาร (๐๔๕) ๓๒๑๑๗๓-๕ ต่อ ๒๖๕ , (๐๔๕) ๓๒๒๖๕๔

E-mail : market.090614@gmail.com , Line ID : 0906146343



ที่

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕.....

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตรวจสอบภาพประจำปี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มกรอกรายชื่อเจ้าหน้าที่ที่ต้องการตรวจสอบภาพ จำนวน.....คน
ด้วยหน่วยงาน.....สังกัด.....มีความประสงค์ในการ
ตรวจสอบภาพประจำปีให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน จึงขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลค่ายสรรพ
สิทธิประสงค์เพื่อทำการตรวจสอบภาพประจำปีดังกล่าว โดยบุคลากรที่ต้องการรับการตรวจมีจำนวนทั้งสิ้น
.....ราย เป็นชาย.....ราย เป็นหญิง.....ราย ตามจำนวนรายชื่อที่ได้แนบท้ายมาพร้อม
หนังสือนี้

โดยจะขอชำระค่าตรวจสอบภาพด้วยวิธี

- ☐ เงินสดรายบุคคล
☐ ส่งเรื่องเรียกเก็บเงินค่าตรวจสอบภาพไปยัง

สรุปรายงานผลการตรวจสอบภาพของหน่วยงาน

- ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ
จึงเรียนมาเพื่อกรุณาทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

()

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ในปีงบประมาณ.....ตั้งแต่ 1 ต.ค. 65-30 ก.ย. 67 ท่านได้ตรวจสอบภาพประจำปีแล้วหรือยัง

โทร ๐๔๕ -

โทรสาร ๐๔๕ -

ผู้ติดต่อ.....

[illegible]

ตำแหน่ง.....



แบบฟอร์มขอสรุปผลตรวจสุขภาพ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสรุปผลการตรวจสุขภาพประจำปีหน่วย.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

ด้วยหน่วยงาน.....ได้ส่งบุคลากรเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หน่วยมีความประสงค์ขอข้อมูลสรุปผลการตรวจสุขภาพประจำปี
ภาพรวมของบุคลากรในหน่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาด้านสุขภาพของบุคลากรในหน่วยงาน และจะไม่มี การนำข้อมูลส่วน
บุคคลดังกล่าวไปเปิดเผยหรือเผยแพร่ในสื่อสาธารณะต่างๆ ตามระเบียบเรื่องการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล

ขอแสดงความนับถือ

หัวหน้าหน่วย...../ผู้แทน

☐ อนุญาต

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต 1. สรุปผลตรวจสุขภาพแบบภาพรวมที่มีรายชื่อบุคคล

☐ ไม่อนุญาต 2. สรุปผลตรวจสุขภาพแบบภาพรวมที่ไม่มีรายชื่อบุคคล

เรียนผอ.รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์

เห็นควรอนุมัติ

พ.อ.

พ.ต.หญิง

(สุรังค์ วิทยาวงศ์)

รองผอ.รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์ (พ.)

(สมสมัย ผ่องศรี)

หน.ฝ่ายการตลาดและศูนย์ตรวจสุขภาพ

วันที่.....

วันที่.....

หมายเหตุ

☐ ได้ตรวจสอบข้อมูลผู้ขอผลตรวจสุขภาพแล้ว

☐ ได้ตรวจสอบบัตรประชาชนผู้ขอแล้วเป็น.....ของหน่วยงาน

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

แนวทางการแจ้งผลการตรวจสุขภาพ

เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบเรื่องการคุ้มครองและจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลพ.ศ. 2561 ตามหมวด 2 การคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์จึงขอกำหนดแนวทางการแจ้งผลการตรวจสุขภาพ ดังนี้

1. แจ้งผลตรวจสุขภาพให้เฉพาะบุคคล หากไม่ได้อยู่ฟังผลการตรวจจากแพทย์ทางโรงพยาบาลจะส่งผลตรวจไปยังที่อยู่ที่ได้รับผลการตรวจสุขภาพได้แจ้งไว้เท่านั้น
2. ข้อมูลของผู้ตรวจสุขภาพ เป็นข้อมูลส่วนบุคคลหากหน่วยงานต้องการข้อมูลสุขภาพต้องได้รับความยินยอมจากผู้รับการตรวจสุขภาพเท่านั้น
3. กรณีหน่วยงานต้องการผลตรวจสุขภาพของบุคลากรในหน่วยงานของตน ให้หัวหน้าหน่วยหรือผู้แทนลงนามเพื่อขอรับผลตรวจตามเอกสาร MK - FR - 002 โดยต้องได้รับความยินยอมจากผู้รับการตรวจสุขภาพในหน่วยงานแล้ว และจะไม่มี การนำข้อมูลไปเปิดเผยหรือเผยแพร่ในสื่อหรือที่สาธารณะต่างๆ ตามระเบียบเรื่องการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล

ฝ่ายการตลาดและศูนย์ตรวจสุขภาพ

รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์

(20 ส.ค. 2567)

โปรแกรมการตรวจสุขภาพ

โปรแกรม A (เบิกได้) สำหรับท่านที่อายุต่ำกว่า 35 ปี

1.เอ็กซเรย์ปอด	170 บาท
2.ตรวจปัสสาวะ	50 บาท
3.ตรวจอุจจาระ	70 บาท
4.ความสมบูรณ์ของ	
เม็ดเลือด	90 บาท
5.ตรวจมะเร็งปากมดลูก	
5.1ตรวจภายใน	100 บาท
5.2มะเร็งปากมดลูก	100 บาท
รวม	580 บาท

โปรแกรม B (เบิกได้) สำหรับท่านที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป

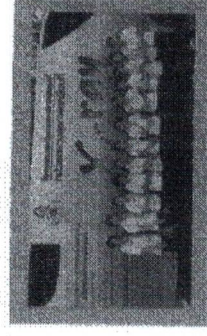
1.เอ็กซเรย์ปอด	170 บาท
2.ตรวจปัสสาวะ	50 บาท
3.ตรวจอุจจาระ	70 บาท
4.ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด	90 บาท
5.น้ำตาลในเลือด	40 บาท
6.ปริมาณไขมันในเลือด	
6.1 Cholesterol	60 บาท
6.2 Triglyceride	60 บาท
7.การทำงานของไต	
7.1 BUN	50 บาท
7.2 Creatinine	50 บาท
8.การทำงานของตับ	
8.1 SGOT	50 บาท
8.2 SGPT	50 บาท
8.3 ALK.Phosphatae	50 บาท
9.ตรวจหาโรคเก๊าท์	60 บาท
10.ตรวจมะเร็งปากมดลูก	
10.1 ตรวจภายใน	100 บาท
10.2 มะเร็งปากมดลูก	100 บาท
รวม	1,050 บาท



ตรวจพิเศษเพิ่มเติม

เบิกได้ (ตามเกณฑ์)

ตรวจมวลกระดูก	3,000 บาท
ตรวจมะเร็งเต้านม	2,400 บาท
อัลตราซาวด์	1,800 บาท
เบิกไม่ได้	
วัคซีนไข้หวัดใหญ่	362 บาท
ตรวจสมรรถภาพปอด	450 บาท



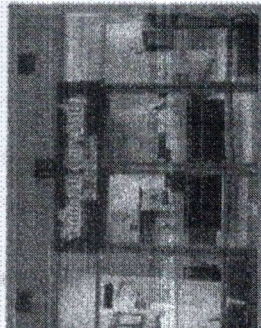
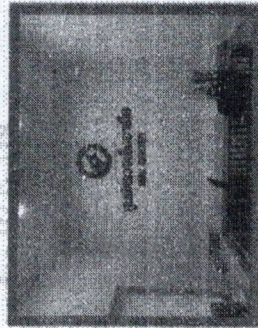
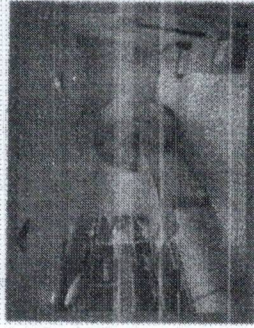
***กรณีเป็นข้าราชการ การตรวจสุขภาพประจำปี มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้เฉพาะเจ้าตัว ปีละ 1 ครั้งเท่านั้น (บุตร บิดา มารดา และคู่สมรสไม่สามารถเบิกได้)

ตรวจพิเศษเพิ่มเติม(เบิกไม่ได้)

คลื่นหัวใจ	200 บาท
การได้ยิน	200 บาท
วัดสายตา	270 บาท
หมู่เลือด	100 บาท
มะเร็งตับ	250 บาท
มะเร็งลำไส้	280 บาท
มะเร็งต่อมลูกหมาก	300 บาท
มะเร็งรังไข่	550 บาท
ปริมาณไขมันดี	100 บาท
ปริมาณไขมันเลว	150 บาท
เชื้อไวรัสตับอักเสบบี	130 บาท
ภูมิไวรัสตับอักเสบบี	150 บาท



อุปกรณ์ครบครัน ทันสมัย
บริการทุกระดับ ประทับใจ
พัฒนา ก้าวไกล สู่สากล



QR Code
ข้อมูลทางการแพทย์

QR Code
ขั้นตอนเตรียมตัวตรวจสุขภาพ



สนใจโปรแกรมติดต่อสอบถาม



090-6146343



Id : 0906146343



383 ถ.สกลชัยนิมานกาล
ม.2 ต.แสนสุข อ.วารินชำราบ
จ.อุบลราชธานี



โรงพยาบาลศรสวัสดิ์ศิริประสงค์
Fort Supattiprasong Hospital

ฝ่ายการตลาดและศูนย์ตรวจสุขภาพ

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

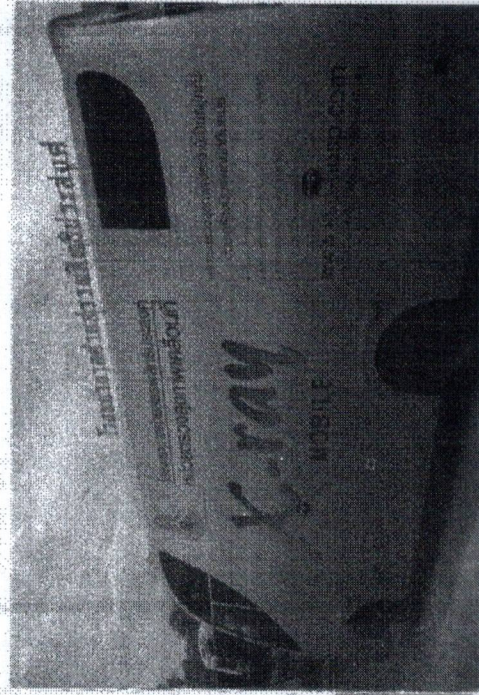
Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

Fort Supattiprasong Hospital

รู้ทันโรคกับการตรวจสุขภาพประจำปี





ฝ่ายการตลาดและศูนย์ตรวจสุขภาพ

MARKETING&HEALTH CHECK UP CENTER

Tel : 045-321173-5 ต่อ 269 Mobile : 090-6146343

Line : 090-6146343 (id)

E-mail : market.090614@gmail.com

website : www.ksp-hosp.com

บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่