

ลำดับที่.....



ฝ่ายการเงินและการคลัง
เลขที่หนังสือรับ.....
ลงวันที่.....เวลา.....

โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง แบบฟอร์มขอใช้บริการคำนวณต้นทุน

วันที่ยื่นแบบฟอร์ม.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน หัวหน้าฝ่ายการเงินและการคลัง

ข้าพเจ้าผู้ขอใช้บริการ/ผู้ประสานงาน ชื่อ - นามสกุล.....

ตำแหน่ง:แผนก:เบอร์โทร: Email:

มีความประสงค์ขอใช้บริการคำนวณต้นทุน (เลือกได้ 1 หัวข้อ)

- 1. จัดทำแพ็คเกจ.....ราคาเป้าหมาย.....บาท
- 2. จัดทำต้นทุนการรักษาพยาบาล.....รหัสรายการ.....
- 3. ทบทวนรายการการรักษาพยาบาล (กรณีมีให้บริการแล้ว) เนื่องจาก
- 4. อื่น ๆ โปรดระบุชื่อรายการ.....

โดยข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการคำนวณต้นทุนตามตารางที่ปรากฏนี้เรียบร้อยแล้ว

ที่	เอกสารประกอบการจัดทำต้นทุน	การแนบเอกสาร	แนบแล้วโปรดทำเครื่องหมาย (✓)
1	ระบุรายชื่อผู้ให้ข้อมูล (บุคคล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ)	✓	
2	รายการการรักษาพยาบาล	✓	
3	ข้อมูลยาและเวชภัณฑ์ที่มีขายที่ใช้ในการให้บริการ	✓ (ถ้ามี)	
4	ข้อมูลครุภัณฑ์/เครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ	✓ (ถ้ามี)	
5	ข้อมูลบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินงาน	✓	
6	ข้อมูลจุดบริการ	✓	
7	ข้อมูลรายการอุปกรณ์ผ่าตัด/เวชภัณฑ์/เครื่องมือแพทย์ที่ต้องทำปราศจากเชื้อ (Sterilization)	✓ (ถ้ามี)	
8	ข้อมูล Set ผ้า (ผ้าผ่าตัด ชุดกาวน์ ชุดผู้ป่วย ผ้ารองอุปกรณ์ เป็นต้น) ที่ใช้ในการให้บริการ	✓ (ถ้ามี)	

ลงชื่อผู้ขอ.....ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....
 (.....) (.....) (.....)
 ตำแหน่งตำแหน่งหัวหน้างาน.....ตำแหน่งหัวหน้าฝ่าย.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ฝ่ายการเงินและการคลัง	
ความคิดเห็นหัวหน้าฝ่ายการเงินและการคลัง	หัวหน้างานการเงินบัญชีและประเมินต้นทุน ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ดำเนินการแล้วเสร็จ ส่งมอบในวันที่.....

ครั้งที่	รายการแก้ไข/เพิ่มเติม	วันที่แจ้งขอข้อมูล	วันที่ได้รับข้อมูล	หมายเหตุ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

รายการแก้ไข/เพิ่มเติม (สำหรับฝ่ายการเงินและการคลัง)

1. รายนามชื่อผู้ให้ข้อมูล (บุคคล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ)**

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	Email	เบอร์โทร
1					
2					
3					
4					
5					

2. รายการค่ารักษาพยาบาล/รายการค่าบริการ ที่ต้องการคำนวณต้นทุน**

ลำดับ	รหัสรายการ	ชื่อรายการ	ราคาขาย	หมวดค่ารักษา
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

15				
----	--	--	--	--

ฝ่ายการเงินและการคลัง
เลขที่หนังสือรับ.....
ลงวันที่.....เวลา.....

3. ข้อมูลยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการให้บริการ

ลำดับ	รหัสรายการ	ชื่อรายการ	จำนวนที่ใช้	หน่วยนับ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

15			ฝ่ายการเงินและการคลัง เลขที่หนังสือรับ..... ลงวันที่.....เวลา.....
----	--	--	--

4. ข้อมูลครุภัณฑ์/เครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ

ลำดับ	รายการ	รหัสครุภัณฑ์	จำนวนที่ใช้	ระยะเวลา (นาท)	อัตรา กำลังไฟฟ้า (ถ้ามี)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

ฝ่ายการเงินและการคลัง
 เลขที่หนังสือรับ.....
 ลงวันที่.....เวลา.....

5. ข้อมูลบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินงาน

ลำดับ	ตำแหน่ง	จำนวนที่ใช้ (คน)	กระบวนการในการดำเนินงาน	ระยะเวลา (นาที)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

6. ข้อมูลจุดบริการ

ลำดับ	อาคาร	แผนก	ชั้น	ห้อง	ระยะเวลา (นาที)
1					
2					

3					
---	--	--	--	--	--

ฝ่ายการเงินและการคลัง
เลขที่หนังสือรับ.....
ลงวันที่.....เวลา.....

7. ข้อมูลรายการอุปกรณ์ผ่าตัด/เวชภัณฑ์/เครื่องมือแพทย์ที่ต้องทำปราศจากเชื้อ (Sterilization)

ลำดับ	รหัสรายการ	รายการ	ขนาด เครื่องมือ	จำนวน	หน่วย นับ	วิธีการทำ Sterilization
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

หมายเหตุ :

1. วิธีการทำความสะอาดประกอบด้วย 3 วิธี ดังนี้ (1) H2o2 (2) EO (3) Steam
2. ขนาดเครื่องมือประกอบด้วย ขนาด S/M/L/XL

ฝ่ายการเงินและการคลัง
 เลขที่หนังสือรับ.....
 ลงวันที่.....เวลา.....

8. ข้อมูล Set ผ้า (ผ้าผ่าตัด ชุดกางเกง ชุดผู้ป่วย ผ้ารองอุปกรณ์ เป็นต้น) ที่ใช้ในการให้บริการ

ลำดับ	ชื่อ SET	รหัสรายการ	รายการ	จำนวน	หน่วยนับ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					