



คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ 0-2411-2347 ,0-2419-7166 ต่อ 151 Fax 0-2412-4110
สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.) ประจำปี 2565
กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อสิทธิในการเบิก

[] นาย [] นาง [] นางสาวนามสกุล.....อายุ.....ปี
กรณีเปลี่ยนชื่อ (ชื่อเดิม).....นามสกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

สังกัด สำนัก/สาขา / ฝ่าย..... ณ วันที่ 3-4 กุมภาพันธ์ 2565

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง [] ที่ต้องการ [] พนักงาน [] ลูกจ้างชั่วคราว [] ผู้เกษียณราชการ [] อื่นๆ.....

☐ ทุกท่านที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป จะทำการตรวจ CEA (สำหรับพนักงานปัจจุบัน)

รายการตรวจ	สิทธิการเบิก	
	อายุไม่เกิน 35 ปี สิทธิเบิก 2,500 บาท	อายุเกิน 35 ปี สิทธิเบิก 3,500 บาท
☐ โปรแกรมการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานทุกอายุ Glucose ระดับน้ำตาลในเลือด BUN, Creatinine ดูสมรรถภาพไต Cholesterol , Triglyceride ดูไขมันในเลือด HDL-C ตัวควบคุมไขมันโคเลสเตอรอล LDL-C ตัวไขมันบ่งชี้ภาวะเสี่ยงเส้นเลือดอุดตัน Uric acid ดูโรคเก๊าท์ AST, ALT, ALP ดูสมรรถภาพตับ CBC ดูจำนวนเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงและภาวะซีด ปัสสาวะ (ดูเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ) ตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคไตเริ่มต้นใน ปัสสาวะโดย Strip อุจจาระ (ตรวจไข่พยาธิ, พยาธิและโปรโตซัว) Chest X-ray (เอกซเรย์ปอดระบบดิจิทัล) วัดความดันโลหิต ซั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และ BMI	650 บาท	650 บาท
ท่านมีสิทธิเลือกตรวจนอกเหนือจากรายการตรวจ พื้นฐาน (รายการข้างต้น)ตามสิทธิการเบิก ระเบียบ สสวท.ในวงเงิน ➡	ในราคา 1,850 บาท	ในราคา 2,850 บาท
[] ตรวจภายในและคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1,300 บาท		

รายการเก็บเงิน	ใบเสร็จรับเงิน
เบิกตามพื้นฐานบาท	เล่มที่ / เลขที่ / จำนวนเงิน
สวัสดิการบาท	/.....=.....บาท
เบิกตามสิทธิบาท	/.....=.....บาท
เบิกไม่ได้บาท	/.....=.....บาท
รับเงินบาท	

คำแนะนำวิธีการเตรียมตัว
ก่อนการตรวจสุขภาพด้านหลัง



รายการตรวจพิเศษ

[] อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน 600 บาท [] ช่องท้องส่วนล่าง 600 บาท
[] อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบนและส่วนล่าง 1100 บาท
[] LDL Subclasses+LDL-D ความเสี่ยงระดับลิโปโปรตีน 2500 บาท
[] FT3, FT4, TSH ตรวจหน้าที่ต่อมไทรอยด์ 700 บาท
[] Insulin เป็นอินซูลินจากตับอ่อนช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 700 บาท
[] Ferritin ดูภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก 400 บาท
[] Thalassemia ดูภาวะโลหิตจางหรือชนิดฮีโมโกลบินผิดปกติ 400 บาท
[] Microalbumin ดูภาวะเสี่ยงโรคไตเริ่มต้นในปัสสาวะ 300 บาท
[] Testosterone ตรวจระดับฮอร์โมนเพศชาย 300 บาท
[] Estrogen ตรวจระดับฮอร์โมนเพศหญิง 300 บาท
[] Cortisol ดูภาวะเครียด /ขาดสมดุลของการทำงานในร่างกาย 350 บาท
[] HbA_{1c} การควบคุมน้ำตาลและความรุนแรงของโรคเบาหวาน 200 บาท
[] EKG ตรวจคลื่นหัวใจด้วยระบบไฟฟ้า 200 บาท

ตรวจภาวะเสี่ยงป้องกันโรคกระดูกพรุน

[] Vitamin D เสริมการดูดซึมแคลเซียมปรับสมดุลการสร้างกระดูก 1000 บาท
[] β -crosslaps ตรวจเกี่ยวกับการสลายกระดูกในเลือด 300 บาท
[] Total P1NP ตรวจเกี่ยวกับการสร้างกระดูกในเลือด 300 บาท
[] Total Calcium บ่งชี้ระดับแคลเซียมในกระดูกและฟัน 50 บาท

แร่ธาตุปริมาณน้อยที่จำเป็นต่อร่างกาย

[] Zinc กระตุ้นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน 300 บาท
[] Copper ช่วยเสริมสร้างคอลลาเจนและฮีโมโกลบิน 300 บาท
[] Selenium สารต้านอนุมูลอิสระและระบบป้องกันการเกิดมะเร็ง 350 บาท
[] Chromium ลดโคเลสเตอรอลและช่วยการควบคุมน้ำตาลในเลือด 350 บาท
[] Manganese ช่วยส่งเสริมความจำและสร้างกระดูก 350 บาท
[] Magnesium ช่วยลดความเครียดและความดันโลหิต 350 บาท
[] ตรวจภูมิคุ้มกันตอบสนองเชื้อ SARS-CoV-2(Covid-19) 1000 บาท
ประวัติการได้รับวัคซีน เข็มที่.....ชนิด.....

โรคตับและภาวะตับอักเสบต่าง ๆ

[] γ -GT ความผิดปกติของตับเนื่องจากไขมันหรือพิษสุรา 150 บาท
[] HBsAg ตรวจดูเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 150 บาท
[] HBsAb ตรวจดูภูมิป้องกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 200 บาท
[] HBeAb ตรวจดูภาวะเคยได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 230 บาท
[] Anti HCV ดูภาวะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี 300 บาท

ตรวจภาวะเสี่ยงโรคมะเร็ง

[] CEA ตรวจภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็ง 300 บาท
[] AFP ตรวจภาวะเสี่ยงโรคมะเร็งของตับ 300 บาท
[] PSA สารบ่งชี้ความเสี่ยงโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก 400 บาท
[] CA 15-3 ตรวจภาวะเสี่ยงมะเร็งเต้านม 600 บาท
[] CA 125 ตรวจภาวะเสี่ยงมะเร็งรังไข่ 600 บาท
[] CA 19-9 ตรวจภาวะเสี่ยงมะเร็งกระเพาะอาหารและท่อน้ำดี 600 บาท
[] Colon cancer ภาวะเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยวิธีอิมมูโนในอุจจาระ 100 บาท
[] H. pylori ดูแผลในกระเพาะ/ความเสี่ยงในอุจจาระ 250 บาท
พิษวิทยา คัดกรองภาวะเสี่ยงต่อสารพิษทั่ว ๆ ไป

[] Lead สารตะกั่วมีผลต่อการสร้างฮีโมโกลบิน/ความดันโลหิต 200 บาท
[] Mercury สารปรอท มีผลต่อความบกพร่องของสมองและไต 350 บาท
[] Cadmium สารแคดเมียม ทำให้มีผลต่อกระดูก และไตเสื่อม 350 บาท



มหาวิทยาลัยมหิดล คณะเทคนิคการแพทย์

ข้อแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อตรวจสุขภาพประจำปี

1. การให้ประวัติ

1.1 โปรดให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ หรือประวัติโรคประจำตัว ในแผ่นที่ 2 เพื่อความรวดเร็วในการที่แพทย์จะตรวจ,ซักถามเพิ่มเติม และสรุปพร้อมให้คำแนะนำสำหรับท่านต่อไป

1.2 ใส่อายุของท่านให้ชัดเจนในใบลงทะเบียน เพื่อทางหน่วยจ่ายยาจะจัดหาลดสไลด์ให้ท่านได้ถูกต้องตามสิทธิ

2. การเตรียมตัวก่อนเจาะเลือด

ควรงดอาหารและเครื่องดื่ม อย่างน้อย 12 ชั่วโมงขึ้นไป หรือ หลัง 2 ทุ่ม จนกว่าจะได้รับการตรวจจนถึงเช้าวันที่ตรวจสุขภาพ ระหว่างระยะเวลาที่งดอาหารให้ดื่มได้เฉพาะน้ำเปล่า ถ้าท่านลืม ! งดอาหาร หรือดื่มเครื่องดื่ม ควรแจ้งโต๊ะลงทะเบียนก่อนเจาะเลือด

3. การตรวจปัสสาวะ (กรณีผู้หญิงที่มีรอบเดือนกรุณาแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบด้วย)

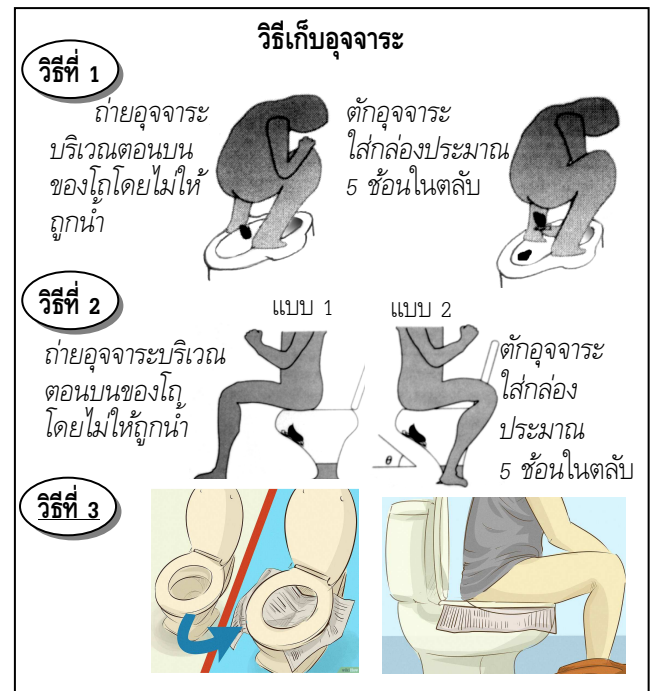
ท่านจะได้รับภาชนะเพื่อใส่ปัสสาวะพร้อมเลข Code ของท่านในตอนเช้าของวันที่ตรวจสุขภาพที่จัดรับภาชนะเคล็ดไม่ลับสำหรับเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจโรค

- เก็บปัสสาวะช่วงกลาง คือ ปล่อยทิ้งปัสสาวะช่วงต้นไปเล็กน้อย และทิ้งปัสสาวะช่วงสุดท้ายไป
- เก็บปัสสาวะลงในภาชนะให้ได้ประมาณครึ่งกระป๋อง
- ระวังไม่ให้ปนเปื้อนอุจจาระ
- ผู้หญิงถ้ามีรอบเดือนไม่ควรเก็บปัสสาวะส่งตรวจ

4. การตรวจและเก็บอุจจาระ

ทางคณะ จัดส่งภาชนะเพื่อเก็บอุจจาระให้ท่านล่วงหน้าพร้อมใบขอรับบริการกับผู้ประสานงานของหน่วยงานท่าน วันตรวจสุขภาพโปรดนำใบขอรับบริการ และภาชนะที่มีอุจจาระมาลงทะเบียนเพื่อติดเลข Code ของท่าน (โปรดเก็บอุจจาระตอนเช้าในวันตรวจสุขภาพ)

หมายเหตุ ถ้าท่านไม่ส่งตรวจอุจจาระ กรุณาส่งคืนภาชนะที่จุกลงทะเบียน



การเตรียมตัวถ่ายภาพรังสีทรวงอก

เพื่อให้การบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเป็นไปด้วยความรวดเร็วและมีคุณภาพ ผู้ที่จะมารับบริการตรวจ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก ควรเตรียมตัวดังนี้

1. ท่านที่เป็นสุภาพสตรี ควรสวมชุดที่เป็นคนละท่อน เลือควรเป็นชนิดผ่าหน้า เพราะจะต้องถอดเสื้อ ขึ้นในและชั้นนอกออก แล้วเปลี่ยนเป็นชุดที่จัดเตรียมไว้ให้เปลี่ยน ก่อนถ่ายภาพรังสี (ท่านสุภาพสตรีมีครรภ์แจ้งที่โต๊ะลงทะเบียนด้วยค่ะ)
2. เครื่องประดับทุกชนิดที่อยู่บริเวณลำคอถึงเอว เช่น สร้อยคอ ควรถอดเก็บไว้กับตัวท่านเองก่อนถ่ายภาพรังสี เพื่อป้องกันการสูญหาย เจ้าหน้าที่จะไม่รับผิดชอบในกรณีที่ทรัพย์สินของท่านเกิดสูญหาย
3. ท่านสุภาพสตรีที่มีผมยาวเลยระดับไหล่ ให้มัดผมเป็นมวยอยู่บนศีรษะ อย่าปล่อยเส้นผมสยาย เพราะอาจปรากฏเป็นภาพบนฟิล์ม และทำให้รังสีแพทย์วินิจฉัยผิดพลาดได้

กรุณารอกประวัติด้านหลัง และแบบชุดที่ 2 ให้สมบูรณ์



งานบริการสุขภาพองค์กรวม คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
(กรุณาเขียนชื่อตัวบรรจงเพื่อความถูกต้องและเบิกตามสิทธิ์)

AC-WI-CL-O-001-01

หน้า 3 จาก 3 หน้า

[] นาย

[] นางนามสกุล.....อายุ.....ปี

[] นางสาว

เปลี่ยนชื่อในปีที่ผ่านมา(ชื่อเดิม).....นามสกุล.....

สังกัดหน่วยงาน (กอง/ศูนย์/โครงการ).....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อท่านได้โดยตรง



ข้อมูลทั่วไปของท่าน

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.

ชีพจร.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mmHg

ประวัติครอบครัว ☐ เบาหวาน บิดา มารดา
☐ ไขมันสูง บิดา มารดา
☐ ความดันโลหิตสูง บิดา มารดา
☐ ประวัติเป็นมะเร็ง.....บิดา มารดา

ประวัติสุขภาพอื่นๆ

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

ขั้นตอนการรับบริการตรวจสุขภาพ

ลงทะเบียนตรวจสอบ
สิทธิการเบิกและ
จ่ายเงินส่วนเกิน

เจาะเลือด

เลือกทำจุดใดก็ได้

รับภาระและอุปกรณ์

วางอุจจาระที่ติดบาร์โค้ดแล้ว
(ถ้ามี) ณ จุดให้บริการ

รับใบเสร็จหลังสิ้นสุดการ
รับบริการประมาณ 9.30 น.

เก็บปัสสาวะก่อน
ทานอาหาร

ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง/
วัดความดันโลหิต

วางปัสสาวะ/อุจจาระ
(ถ้ามี) ณ จุดให้บริการ

เอกซเรย์

ตรวจอื่นๆ (ถ้ามี)

- คลื่นหัวใจไฟฟ้า(EKG)
- ชาติเวชอนามัย
- อัลตราซาวด์
- แมมโมแกรม
- มะเร็งปากมดลูก

สรุปความเห็นของแพทย์ ปกติ ผิดปกติ

.....ตา หู คอ จมูก [] []

.....ต่อมน้ำเหลือง [] []

.....ธัยรอยด์ [] []

.....ปอด [] []

.....หัวใจ [] []

.....ท้อง [] []

.....แขน ขา [] []

.....ผิวหนัง [] []

.....ช่องปาก [] []

ลงชื่อแพทย์.....

ผลการตรวจสุขภาพจะใส่ซองปิดผนึกแยกแต่ละบุคคล

เอกสารแสดงความยินยอมการตรวจสุขภาพกับงานบริการทางการแพทย์

ข้าพเจ้าได้ทำการตรวจสุขภาพประจำปีกับคณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล
ยินยอมให้ทางคณะ รวบรวม จัดเก็บ ใช้ ประมวลผล หรือเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า
ให้กับหน่วยงานที่เป็นคู่สัญญาหรือมีข้อตกลงในการร่วมให้บริการตรวจสุขภาพ
เพื่อประโยชน์ในการให้บริการและเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด และภายหลังจาก
ได้รับข้อมูลการตรวจสุขภาพแล้วข้าพเจ้า [] ยินยอม
[] ไม่ยินยอม
ให้คณะ ส่งรายละเอียดข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งจัดทำเป็นรายงานผลการ
ตรวจแยกต่างหากจากผลการตรวจรายบุคคล เก็บไว้ที่งานบริการทางการแพทย์ ณ
หน่วยทรัพยากรบุคคลขององค์กร (HR) เพื่อจุดประสงค์ที่หน่วยงานจะนำข้อมูลไปใช้
ในส่วนของการติดตาม ดูแลด้านสวัสดิการ การเฝ้าระวัง เพื่อนำไปสู่การป้องกันและ
ติดตามดูแลให้มีสุขภาพที่ดี
ทั้งนี้การนำข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เกี่ยวข้องกับ
บริการสุขภาพ ต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมาย
บัญญัติหรือมีคำสั่งศาลเปิดเผย

ลงชื่อ X.....ผู้รับบริการตรวจ

(.....)

วันที่.....