ที่ ปน ๐๐๒๓.๓/ว๔๐๗๓

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดปัตตานี ศาลากลางจังหวัดปัตตานี
ถนนเดชา ปน ๙๔๐๐๐

๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๘

เรื่อง การตรวจสุขภาพประจำปี (Mobile Hospital) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

เรียน ท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี และนายกเทศมนตรีเมือง ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดปัตตานี ที่ ศธ ๕๒๑๐๓๑/ว ๒๕ ลงวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๘ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานีได้รับแจ้งจากสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดปัตตานี ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การตรวจสุขภาพประจำปี (Mobile Hospital) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ในการนี้ จึงขอความร่วมมือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ สำรวจและรวบรวมรายชื่อครูและบุคลากรทางการศึกษาที่มีความประสงค์เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๙ พร้อมกรอกรายชื่อลงในแบบสำรวจรายชื่อผู้ประสงค์ตรวจสุขภาพประจำปี ๒๕๖๙ ส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี ผ่านทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ localptn0023.3@gmail.com ในรูปแบบไฟล์ Excel ภายในวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ เพื่อรวบรวมให้สำนักงาน สกสค. จังหวัดปัตตานี ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป โดยดาวน์โหลดแบบสำรวจรายชื่อได้ทาง QR Code ท้ายหนังสือฉบับนี้ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี www.pattanilocal.go.th หัวข้อ “หนังสือราชการ”

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ สำหรับอำเภอขอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวปรียาภัทร์ จันทร์ทิพย์)
ท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี

แบบสำรวจรายชื่อฯ

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร. ๐ ๗๓๓๓ ๖๐๔๔ ต่อ ๑๐๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban_ptn@dla.go.th

☐ ฝ.บห.
☐ ลง.บถ.
☑ ร... ส.
☐ ก... ม.
☐ กง.กง.
☐ กง.บป.

สถจ. ปัตตานี
รับที่ ๗๔๓๐
วันที่ ๑๖ ต.ค. ๒๕๖๘
เวลา ๑๓.๒๖

ที่ ศธ ๕๒๑๐๓๑/ว.๒๕

สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดปัตตานี
๒๑ ถนนสฤษดิ์ อ.เมือง จ.ปัตตานี ๙๔๐๐๐

๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๘

เรื่อง การตรวจสุขภาพประจำปี (Mobile Hospital) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

เรียน ผู้อำนวยการ/ผู้บริหารการศึกษา/ผู้บริหารสถานศึกษา ทุกสังกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายการตรวจสุขภาพตามกรมบัญชีกลาง จำนวน ๑ ฉบับ
๒. (ตัวอย่าง) แบบสำรวจรายชื่อไฟล์ Excel จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา โดยมอบให้โรงพยาบาลครูดำเนินการตรวจสุขภาพประจำปี(Mobile Hospital) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ โดยผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี มีสิทธิเบิกจ่ายค่าตรวจสุขภาพประจำปี ตามรายการตรวจสุขภาพตามกรมบัญชีกลางกำหนด ปีละ ๑ ครั้ง โดยไม่ต้องชำระเงินสดค่าบริการในวันตรวจ ทางโรงพยาบาลครูจะทำการเบิกจ่ายค่าตรวจสุขภาพประจำปีจากต้นสังกัดของครูและบุคลากรทางการศึกษา ภายหลังจากการแจ้งผลการตรวจให้ทราบแล้ว **ยกเว้นกรณีผู้ที่ต้องการตรวจเพิ่มเติมในรายการที่เบิกไม่ได้จะต้องชำระเงินสดค่าบริการส่วนที่เพิ่มเติมในวันตรวจ สำหรับลูกจ้าง ชั่วคราว ครูอัตราจ้าง พนักงานราชการและครอบครัว กระทรวงการคลังไม่ได้กำหนดสิทธิเบิกจ่ายค่าตรวจสุขภาพประจำปี จึงต้องชำระค่าบริการในวันตรวจ** นั้น

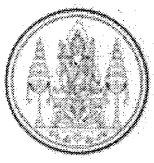
ในการนี้ สำนักงาน สกสค.จังหวัดปัตตานี จึงขอความร่วมมือมายังหน่วยงานของท่านดำเนินการประชาสัมพันธ์ สำรวจและรวบรวมรายชื่อครูและบุคลากรทางการศึกษาที่มีความประสงค์เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๙ พร้อมกรอกรายชื่อลงในแบบสำรวจรายชื่อผู้ประสงค์ตรวจสุขภาพประจำปี ๒๕๖๙ แล้วรวบรวมส่งให้สำนักงาน สกสค. จังหวัดปัตตานี **ทาง E-mail : pattani@otep.go.th ในรูปแบบไฟล์ Excel ภายในวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๘** เพื่อกำหนดวัน เวลาและสถานที่ในการตรวจสุขภาพประจำปีต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุมัร สวาหลัง)
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาปัตตานี
กรรมการ สกสค.จังหวัดปัตตานี รักษาการแทน
ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค.จังหวัดปัตตานี

กลุ่มอำนวยการ
โทร ๐๗๓ ๓๔๘ ๖๐๘ , ๐๖๒ ๖๐๔๐๖๖๗
Line : ๐๖๒๖๐๔๐๖๖๗



รายการตรวจสุขภาพประจำปี (รายการซื้อเพิ่มเติม/สิทธิชำระเงินเอง)/ ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

โทรศัพท์มือถือ.....

ลำดับ	รายการตรวจ	รายละเอียดการตรวจ	อายุน้อยกว่า35 ปี Program 1	อายุ 35 ปีขึ้นไป Program 2	อายุ 50 ปีขึ้นไป Program 3
1	PE	ตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
2	X-RAY	เอ็กซเรย์ทรวงอก	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
3	CBC	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
4	UA	ตรวจปัสสาวะทั่วไป	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
5	Stool Exam/ Stool Occ	ดูความผิดปกติของทางเดินอาหาร,ตรวจหาไข่พยาธิ	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
6	Total Cholesterol	ตรวจหาระดับไขมันโคเลสเทอรอลรวม	ฟรี	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
7	Calcium	ตรวจวัดระดับแคลเซี่ยมในเลือด	☐ 50 บาท	☐ 50 บาท	☐ 50 บาท
8	Hemoglobin Typing	การตรวจหาโรคโลหิตจางทางพันธุกรรม	☐ 260 บาท	☐ 260 บาท	☐ 260 บาท
9	FBS	ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด (ค่าน้ำตาล 1 วัน)	☐ 40 บาท	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
10	Hb A1c	ตรวจหาระดับน้ำตาลสะสม (ย้อนหลัง 3 เดือน)	☐ 150 บาท	☐ 150 บาท	☐ 150 บาท
11	Triglyceride	หาระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์	☐ 60 บาท	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
12	HDL-Cholesterol	หาระดับไขมันโคเลสเทอรอล ชนิดดี	☐ 100 บาท	ฟรี	ฟรี
13	LDL-Cholesterol	หาระดับไขมันโคเลสเทอรอล ชนิดไม่ดี	☐ 150 บาท	ฟรี	ฟรี
14	BUN	พยาธิสภาพของไต	☐ 50 บาท	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
15	Creatinine	สมรรถภาพการทำงานของไต	☐ 50 บาท	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
16	Uric ACID	ตรวจหาระดับกรดยูริคในเลือด (Ex.เก๊าท์)	☐ 60 บาท	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
17	SGOT (AST)	ตรวจหาระดับเอ็นไซม์ตับ (โรคตับ)	☐ 50 บาท	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
18	SGPT (ALT)	ตรวจหาระดับเอ็นไซม์ตับ (โรคตับ , ตับอักเสบ)	☐ 50 บาท	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
19	Alkaline Phosphatase	ตรวจหาระดับเอ็นไซม์ตับ (ภาวะอุดตันในถุงน้ำดี)	☐ 50 บาท	มีในโปรแกรม	มีในโปรแกรม
20	GAMMA GT	ตรวจหาตับอักเสบ , ตับแข็ง , ภาวะไขมันพอกตับ	☐ 130 บาท	☐ 130 บาท	☐ 130 บาท
21	Anti HAV IGM	ตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ เอ	☐ 400 บาท	☐ 400 บาท	☐ 400 บาท
22	Anti HAV (Total)	ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบ เอ	☐ 400 บาท	☐ 400 บาท	☐ 400 บาท
23	HBs Ag	ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี	☐ 130 บาท	☐ 130 บาท	☐ 130 บาท
24	Anti HBs	ตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบ บี	☐ 180 บาท	☐ 180 บาท	☐ 180 บาท
25	Anti HCV	ตรวจหาการได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี	☐ 300 บาท	☐ 300 บาท	☐ 300 บาท
26	FT3	ตรวจระดับฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์ ชนิด T3	☐ 170 บาท	☐ 170 บาท	☐ 170 บาท
27	FT4	ตรวจระดับฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์ ชนิด T4	☐ 150 บาท	☐ 150 บาท	☐ 150 บาท
28	TSH	ตรวจระดับฮอร์โมนควบคุมการสร้างของต่อมไทรอยด์	☐ 170 บาท	☐ 170 บาท	☐ 170 บาท
29	AFP	ตรวจหามะเร็งตับ	☐ 250 บาท	☐ 250 บาท	☐ 250 บาท
30	CEA	ตรวจหามะเร็งลำไส้/กระเพาะอาหาร	☐ 280 บาท	☐ 280 บาท	☐ 280 บาท
31	PSA	ตรวจหามะเร็งต่อมลูกหมาก เฉพาะผู้ชาย	☐ 300 บาท	☐ 300 บาท	☐ 300 บาท
32	CA19-9	ตรวจหามะเร็งทางเดินอาหาร , ตับอ่อน , ท่อน้ำดี	☐ 550 บาท	☐ 550 บาท	☐ 550 บาท
33	CA12-5	ตรวจหามะเร็งรังไข่ เฉพาะผู้หญิง	☐ 550 บาท	☐ 550 บาท	☐ 550 บาท
34	CA15-3	ตรวจหามะเร็งเต้านม เฉพาะผู้หญิง	☐ 650 บาท	☐ 650 บาท	☐ 650 บาท
35	EKG	ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	☐ 300 บาท	☐ 300 บาท	ฟรี

หมายเหตุ : สิทธิชำระเงินเอง อายุน้อยกว่า35ปีราคา 380 บาท , อายุ 35ปีขึ้นไปราคา 850 บาท

เพศหญิง : อายุ15-29(กลุ่มเสี่ยง) และ 30-59 ปี ตรวจหามะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง HPV DNA TEST (**5 ปี ใช้สิทธิได้ 1 ครั้ง**)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น/บาท .....

รายชื่อผู้ตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2569 จังหวัด.........................

	ลำดับที่	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน/โรงเรียน	สังกัด	เกิด	อายุ	เบอร์โทร
ตัวอย่าง เบิกต้นสังกัดได้	1	1111111111111	น.ส.น้อย ดีใจ	โรงเรียนปลวกแดง	สพป.ระยอง เขต 1	30/4/2500	69	808080808
ตัวอย่าง เบิกไม่ได้(ลูกจ้าง)	2	2222222222222	น.ส.มาก ดีใจ	โรงเรียนปลวกแดง (ชำระเงินสด)	รงเรียนปลวกแดง (ชำระเงินสด	30/4/2500	69	808080808