**ใบสมัครตรวจสุขภาพประจำปี 2567**

**สำหรับข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ**

**ลูกจ้างประจำ พนักงานเงินรายได้สังกัดสำนักงานอธิการบดี**

**และลูกจ้างชั่วคราว (งบคลัง)**

 **ณ โรงพยาบาลศิริราช**

**------------------**

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)…..........................…….......….นามสกุล…......................................…(ตัวบรรจง)

2. วัน/เดือน/ปี เกิด.........………………...............………..อายุ……………………..ปี

 น้ำหนัก ................................. กก. ส่วนสูง.....................................ซม รอบเอว.....................................นิ้ว

 โรคประจำตัว(ระบุ)..............................................................................................................................

3. ตำแหน่ง 🔾 ข้าราชการ

 🔾 ข้าราชการที่เปลี่ยนสถานภาพเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย

 🔾 ลูกจ้างประจำ

 🔾 พนักงานเงินรายได้สังกัดสำนักงานอธิการบดี

 🔾 ลูกจ้างชั่วคราว (งบคลัง)

 4. ประเภทบุคลากร 🗆 สายวิชาการ 🗆 สายสนับสนุนวิชาการ

 5. หน่วยงาน (คณะ/สำนัก/สถาบัน/กอง/วิทยาลัย.................................….....................................................................

 โทรศัพท์ (ภายใน)…………..............................โทรศัพท์ (มือถือ)...........................................................................

6**.** เลขที่บัตรโรงพยาบาลศิริราช H.N .......................................................................................................................

 7. สถานที่ตรวจ **:** ณSIRIRAJ H SOLUTIONS ชั้น 5 ICS Lifestyle Complex ตรงข้ามไอคอนสยาม (ศูนย์สุขภาพเชิง

 ป้องกันและบูรณาการสมดุลชีวิตเลขที่ 168 ถ. เจริญนคร แขวงคลองต้นไทร เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600)

 โทร 02-414-1144 (สามารถเดินทาง ด้วย **รถไฟฟ้าสายสีทอง สถานีเจริญนคร**)

โปรดทำเครื่องหมาย **🗸**  ใน 🔾 ที่ต้องการ

|  |  |
| --- | --- |
| **วันที่ตรวจร่างกายและเจาะเลือด****(เวลา 07.00 – 11.00 น.)** | **วันที่ตรวจมะเร็งปากมดลูก****(เวลา 07.00 – 11.00 น.)** |
| 🔾 **วันจันทร์ที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567****🔾 วันอังคารที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567****🔾 วันพุธที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567**🔾 **วันพฤหัสบดีที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567**🔾 **วันศุกร์ที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567** | 🔾 **วันจันทร์ที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567****🔾 วันอังคารที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567****🔾 วันพุธที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567**🔾 **วันพฤหัสบดีที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567**🔾 **วันศุกร์ที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567** |

8. ประสงค์จะตรวจอุจจาระหรือไม่

 🔾 ประสงค์ 🔾 ไม่ประสงค์

 (ลงชื่อ)............................................................ผู้สมัครตรวจสุขภาพ

**หมายเหตุ - กรุณาไปตรวจภายใน ให้ตรงกับวันตรวจสุขภาพด้วย**

กรณีที่ตรวจภายใน ไม่ตรงกับวันตรวจสุขภาพ ***โรงพยาบาลจะเรียกเก็บค่าบริการเพิ่ม 100 บาท***

 (ท่านต้องชำระค่าบริการเอง)

 -----------------------

**ใบตอบรับการสมัครตรวจสุขภาพประจำปี 2567**

**ณ โรงพยาบาลศิริราช**

**---------------**

1. ชื่อ....**......................................**........นามสกุล.........**.................................**........................................

 สังกัด..........**...................................................................**............................................................

2. สมัครตรวจสุขภาพวันที่.....**...................................**.............ตรวจภายในวันที่....................................

3. ผู้รับการตรวจสุขภาพที่มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป งดน้ำและอาหารหลังเวลา 24.00 น. ในคืนก่อนไป

 รับการตรวจ

4. **การแต่งกาย** : สุภาพสตรี ควรสวมเสื้อแขนสั้น โดยเป็นชุดที่ไม่ติดกัน เพื่อความสะดวกในการตรวจ

5. **สถานที่ตรวจสุขภาพ** : ณSIRIRAJ H SOLUTIONS ชั้น 5 ICS Lifestyle Complex ตรงข้ามไอคอนสยาม

 (ศูนย์สุขภาพเชิงป้องกันและบูรณาการสมดุลชีวิตเลขที่ 168 ถ. เจริญนคร แขวงคลองต้นไทร เขตคลองสาน

 กรุงเทพมหานคร 10600) โทร 02-414-1144 ตั้งแต่เวลา 07.00 – 11.00 น (สามารถเดินทาง ด้วย **รถไฟฟ้าสายสีทอง**

 **สถานีเจริญนคร**)

6. **ขั้นตอนการตรวจสุขภาพ**

6.1 วัดไข้ คัดกรองโควิค-19 รับบัตรคิว

6.2 ลงทะเบียน ตามโปรแกรมตรวจสุขภาพ

6.3 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต

6.4 เจาะเลือด เก็บปัสสาวะ และส่งตรวจอุจจาระ (ถ้ามี)

6.5 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ถ้ามี) ชำระค่าบริการเอง

6.6 ถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray)

6.7 เมื่อผลเลือด และผลเอ็กซเรย์ออกแล้ว เจ้าหน้าที่จะเรียกชื่อเข้าห้องตรวจพบแพทย์

6.8 รับผลตรวจสุขภาพ

**หมายเหตุ :** กรุณาแจ้งพยาบาล หากต้องการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า, เพิ่มแล็บ ที่ไม่อยู่ในโปรแกรม และให้ติดต่อการเงิน เพื่อชำระค่าตรวจเพิ่มเติก่อนเข้าบริการ

**7. ขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก**

 7.1 เจ้าหน้าที่เรียกชื่อเข้าห้องตรวจ

 7.2 พบแพทย์

 **หมายเหตุ :**ในกรณีที่ตรวจภายใน ไม่ตรงกับวันตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลขอเรียกเก็บค่าบริการเพิ่ม 100 บาท

8.กรุณาพักผ่อนให้เพียงพอ และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 7 วัน ก่อนวันเข้ารับการตรวจ

9. หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อได้ที่ คุณอนงค์ สารทอง ผู้ประสานงานหลัก โรงพยาบาลศิริราช โทร 02-419-5070

 มือถือ 090-990-5920



 -----------------------