



# ใบคำขอรับบริการทดสอบปรสิตวิทยา

ศูนย์เวชศาสตร์ชั้นสูงและนวัตกรรมด้านสุขภาพสัตว์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
(Center of Veterinary Medical Diagnostic and Animal Health Innovation)  
Tel. 053-948041 Mobile 094-6362641  
Line : @vrq8141n E-mail vet\_diag@cmu.ac.th

(ส่วนของผู้ที่กรอกข้อมูล)

CASE No. ....

DATE .....

Time .....

รายละเอียดผู้ส่ง (SENDER)		รายละเอียดเจ้าของ (OWNER)					
ชื่อ-นามสกุล (SENDER NAME)		ชื่อ-นามสกุล (OWNER NAME)					
ที่อยู่ (ADDRESS)		ที่อยู่ (ADDRESS)					
เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	เบอร์โทรศัพท์ (TEL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล				
ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	ไลน์ (ID LINE)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล				
อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล	อีเมล (E-MAIL)	<input type="checkbox"/> แจ้งผล				
การขอรับรายงานผล (REPORT)	<input type="checkbox"/> รูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ <input type="checkbox"/> รูปแบบเอกสาร <input type="checkbox"/> จัดส่งทางไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> .....	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TAX ID)					
รายละเอียดตัวอย่างส่งตรวจ (SAMPLE)							
ลำดับ (NO)	ชื่อสัตว์ (ANIMAL NAME)	ชนิดสัตว์ (SPECIES)	พันธุ์ (BREED)	เพศ (SEX)	อายุ (AGE)	ประเภทตัวอย่าง (SAMPLE TPYE)	จำนวน (NUMBER)
		<input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/> ม้า (Equine) <input type="checkbox"/> โค (Bovine) <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/> .....			
		<input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/> ม้า (Equine) <input type="checkbox"/> โค (Bovine) <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/> .....			
		<input type="checkbox"/> สุนัข (canine) <input type="checkbox"/> แมว (feline) <input type="checkbox"/> ม้า (Equine) <input type="checkbox"/> โค (Bovine) <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ผู้ (male) <input type="checkbox"/> เมีย (female) <input type="checkbox"/> .....			
วันที่เก็บตัวอย่าง (COLLECTION DATE)		วิธีเก็บรักษาตัวอย่าง (PRESERVE)	<input type="checkbox"/> แช่เย็น (Chill) <input type="checkbox"/> แช่แข็ง (freeze) <input type="checkbox"/> ไม่แช่ (room temp)				

\*กรุณากรอกใบส่งตัวอย่างให้ถูกต้องและครบถ้วน (please fill out the information completely)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง (FOR OFFICER)	
Test	<input type="checkbox"/> PCV (50) <input type="checkbox"/> Stained blood smear (100) <input type="checkbox"/> Woo's (50) <input type="checkbox"/> Stained blood smear + Woo's + PCV (150)
	<input type="checkbox"/> Floation (50) <input type="checkbox"/> Sedimentation (50) <input type="checkbox"/> Mc Master egg count (100) <input type="checkbox"/> Centrifugal sedimentation for dog and cat (150) <input type="checkbox"/> Floation for dog and cat (100)
	<input type="checkbox"/> Floation test + Centrifugal sedimentation for dog and cat (200)
	<input type="checkbox"/> Parasite in meat (300)
	<input type="checkbox"/> Parasite identification (100)
Note	<p>การชำระค่าบริการ: <input type="checkbox"/> ค้างชำระ</p> <p><input type="checkbox"/> เรียกเก็บที่ <input type="radio"/> ผู้ส่ง <input type="radio"/> เจ้าของ <input type="radio"/> .....</p> <p><input type="checkbox"/> เงินสด เลขที่...../..... จำนวนเงิน ..... บาท ลงชื่อผู้รับเงิน .....</p> <p><input type="checkbox"/> เงินโอนเข้าบัญชีโรงพยาบาลสัตว์ฯ วันที่...../...../.....เวลา..... จำนวนเงิน ..... บาท</p> <p>หมายเหตุ : กรณีผู้ส่งตัวอย่างมีความประสงค์ จะให้ส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ นอกเหนือจากรายการข้างต้น จะต้องเก็บค่าบริการส่งตรวจเพิ่มเติมจากราคาค่าตรวจ</p>

Requested by.....Date.....Responsible clinician.....Date.....